BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

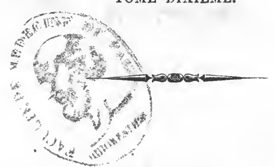
DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1859.

TOME DIXIÈME.



PARIS
LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1860



TABLE
ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE
DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

G

H

I

J

K

L

M

Œ

P

R

S

T

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

J

L

M

P

R

S

V

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

ÉLOGE
DE VIDAL (DE CASSIS),

PAR M. ALPHONSE GUÉRIN,
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LOURCINE.

(LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE LE 13 JUILLET 1859.)

Messieurs,

Lorsqu'un homme meurt après avoir fait dans ses livres et dans ses publications périodiques une polémique ardente et parfois personnelle, les susceptibilités d'amour-propre, les intérêts lésés, les amitiés froissées de ses contemporains, toutes les passions grandes ou petites qu'il a excitées peuvent lui survivre, et il arrive souvent que les inimitiés les moins oublieuses ne sont pas celles qui se sont manifestées le plus hautement pendant la vie de l'écrivain. Si j'avais pu craindre que Vidal eût éveillé de pareils sentiments rétrospectifs, j'aurais dû laisser à un autre plus habile que moi dans l'art de bien dire le soin de rappeler devant vous les qualités éminentes du collègue que nous avons perdu; mais, quand je n'aurais pas été rassuré sous ce rapport par le respect dont Vidal savait honorer chez les autres l'étude, les convictions, les lumières et le dévouement à la science, ne le serais-je pas suffisamment par la bienveillance et la piété dont une tombe est toujours entourée quand elle se ferme sur un homme de bien, qui, pour être juste, sut sacrifier ses sympathies personnelles, qui voua sa vie tout entière à l'étude, et qui, frappé sans avoir recueilli le prix de ses travaux, trouva encore à son lit de mort un sourire et pas une plainte, malgré le lourd fardeau de peines qu'il eut à supporter?

Vidal, Messieurs, n'a point une physionomie ordinaire. Comme auteur de livres devenus classiques, comme chirurgien et comme journaliste, il a pris une large part au mouvement scientifique de notre époque, et à ce triple point de vue il est intéressant à étudier.

Né au village de Cassis, près de Marseille, le 3 janvier 1803, d'une

famille qui eût eu de l'aisance si elle avait été un peu moins nombreuse, Auguste Vidal passa son enfance au milieu des champs. Le vent de la mer, aussi sain pour l'homme qu'il est vivifiant pour les végétaux, développa sa poitrine et lui donna une vigoureuse constitution, que le travail devait bientôt altérer.

Son éducation fut confiée au curé de la localité, qui lui apprit ce qu'il savait de français et de latin. Ce prêtre, ancien dominicain, qui avait été recueilli par le père de Vidal à l'époque où une robe de moine n'était pas un passe-port pour celui qui la portait, eût voulu acquitter sa dette de reconnaissance en allégeant pour son élève les ennuis de l'étude; mais son ministère de prêtre lui laissait trop peu de temps pour qu'il dirigeât avec fruit l'éducation d'un enfant vif et turbulent, qui préférait le sable des grèves et les champs d'oliviers à la chambre du curé transformée en salle d'études. Vidal et son jeune frère travaillaient ensemble, s'aidant l'un l'autre, en l'absence du père Ducros, moins pour bien faire leurs devoirs que pour s'en débarrasser le plus promptement possible. Aussi l'éducation première de notre collègue eût-elle été insuffisante, si Vidal père ne s'était décidé à donner un précepteur à ses enfants. La vie au grand air est tellement active, que l'intelligence en reçoit souvent une heureuse influence. Presque sans effort, Vidal apprit assez de latin pour qu'il crût bientôt pouvoir se dispenser d'étudier. Il continua à vivre près de son père et de sa mère dans une douce oisiveté jusqu'en 1823, époque à laquelle, s'étant décidé à étudier la médecine, il se rendit à Marseille, où il devint de suite élève externe de l'Hôtel-Dieu. Après six mois d'étude, il fut chargé des fonctions d'interne, qu'il remplit pendant quatre ans. Durant son internat, il s'était lié d'une étroite amitié avec un jeune homme qui devait plns tard, lui aussi, honorer l'école qui l'avait accueilli. Ce lien, qui s'établit entre Vidal et M. Goyrand, ne devait se rompre que par la mort de l'un des deux amis.

Tous les deux, ils vinrent ensemble à Paris pour compléter les études qu'ils avaient commencées à Marseille. Quand ils arrivèrent au quartier latin, Vidal, qui n'avait que cent francs par mois, dut plus d'une fois se rappeler le bonheur dont il avait joui à Cassis; bien-être de la maison paternelle, tendresse de la famille, vent de la mer qu'on ne peut oublier, adieu! Vidal est entré sur la terre classique de la faim, du travail et de l'ambition. Il souffrira peut-être de sa pauvreté, et il ne voudra plus retourner à Cassis, où pourtant il eût été si heureux!

Son histoire est et sera encore celle de bien d'autres; il avait trop de pénétration dans l'esprit pour ne pas comprendre de bonne heure

que l'on peut être le premier dans son village et le second ailleurs; mais tout en reconnaissant que le monde dans lequel il était appelé à vivre désormais était d'un ordre supérieur à celui dans lequel il avait passé sa première jeunesse, il sentait en lui une vigueur qui lui disait sans cesse qu'il était de taille à se mesurer avec les plus forts.

Pour arriver aux premiers rangs, il faut se résigner à une vie de lutte à laquelle il se prépara par des publications périodiques.

Il venait de subir sa thèse de docteur en 1828, lorsque Fabre, son compatriote, fonda la *Gazette des Hôpitaux* et lui demanda sa collaboration. Ce fut pour notre collègue une excellente occasion de se produire. Il entra dans cette voie avec l'ardeur de son âge et l'esprit frondeur de son pays.

En étudiant les races qui composent la France telle qu'elle est aujourd'hui, il est impossible de méconnaître que quelques-unes de nos anciennes provinces ont conservé, avec leurs types extérieurs, l'esprit qui les distinguait à leur origine. Cette accentuation des races est surtout prononcée dans les pays qui ont un patois ou une langue différente de celle que nous parlons. Il faut donc, pour être juste dans le jugement que l'on porte sur les hommes, tenir compte des qualités et des défauts inhérents à leur race, et ne pas demander à un enfant du Midi le calme et la bienveillance indolente de l'homme du Nord.

Vidal avait été élevé dans une province dont les habitants ont une verve railleuse qui convient admirablement au journalisme. Les relations qu'il se créa développèrent encore son penchant naturel. Fin et railleur, beau diseur de mots plaisants et agressifs, il épanchait son ressentiment en railleries qui plus d'une fois firent croire, à tort, que son cœur était d'accord avec son esprit dans les attaques qu'il dirigeait contre ses adversaires. Il voulait châtier en riant, mais il lui arrivait parfois de mal juger de la profondeur des blessures qu'il allait faire. Aussi s'étonne-t-il, dans un des feuilletons plaisants qu'il publiait sous le nom de *Lyrac* dans la *Gazette des Hôpitaux*, que l'on ait pu lui supposer une intention méchante : « *Il s'est trouvé*, s'écrie-t-il, *quelqu'un qui a dit que j'écris avec un poignard! La plume du docteur Lyrac un poignard!... Sonnez, sonnez, cors et musettes!* » Non, Vidal n'était pas méchant, et s'il lui arriva d'en avoir les apparences, c'est que sa verve n'épargnait ni les ridicules ni les prétentions exagérées, et qu'elle fut souvent d'une causticité qui faisait plus que chatouiller ceux qui, se préoccupant moins de l'honorabilité que de la fortune, avaient le malheur de tomber sous sa plume.

Pour faire connaître Vidal comme journaliste à ceux qui ne le con-

naissent que par ses livres, il faudrait toucher à des questions de personnes qu'il ne me plairait pas de raviver. Je vous demanderai donc la permission de ne citer que quelques passages qui ont un caractère de généralité, et qui suffiront pour donner une idée de son talent.

« La succession de M. ***, deux fois académicien, a été ouverte, dit-il, avant que sa tombe fût fermée. J'ai rencontré hier trois milords qui quêtaient déjà des voix. (Le milord est un cabriolet à quatre roues, qui va plus lentement que les autres et qui secoue davantage.) Ces milords n'ambitionnaient que l'Académie de médecine. Mais pour l'Institut, c'est la calèche qui sort. On parle de trois candidats, trois professeurs de la Faculté; tous trois très-dignes de remplacer M. ***; deux font et feront de nombreuses démarches et mettront en jeu les ressorts politiques, littéraires, physiologiques et même religieux. La doctrine et la religion seront aux prises : je parie pour la doctrine. »

A propos d'une autre place vacante à l'Académie, il raconte les vicissitudes des candidats, et il termine ainsi :

« Les visites pour cette place ont été très-nombreuses; il a fallu les faire par des temps affreux : neige, glace, verglas, couvraient les sentiers de l'immortalité; il était impossible de les parcourir à pied, et très-coûteux de les faire en voiture. Aussi, un médecin un peu parcimonieux, et ayant cependant de vrais titres scientifiques, s'est mis à additionner le prix des courses de cabriolet, celui des gants plus ou moins blancs nécessaires aux visites, et trouvant que c'était trop coûteux d'aller à l'immortalité en hiver, il n'a fait aucune démarche, se réservant de se présenter à pied quand une place serait vacante en été. »

En parlant de tous les petits moyens auxquels quelques hommes ont recours pour réussir, il lâche cette boutade :

« Un poëte a dit, je crois, que c'est avec des dîners que l'on gouverne les hommes. Vingt ans après, les médecins se sont aperçus que la chose pouvait bien être. » Il disait, continuant la même idée : « Il faut que cet homme ait un bien bon cuisinier, pour que ses opinions résistent à tant d'attaques. »

Je terminerai ces citations par un passage d'un article qu'il fit à propos de l'accident du chemin de fer de Versailles :

« Les victimes, dit-il, étaient encore fumantes, et le puff se jetait déjà sur ce malheureux événement pour l'exploiter. A peu près toutes les classes de la société se sont distinguées dans cette occasion, mais par des procédés différents, car le puff est une grande méthode qui a ses procédés. (Suit l'énumération des procédés.) Tout cela, continue-t-il,

est bien triste; voilà pourquoi je tardais tant à vous l'écrire. On a compté les victimes de cet effroyable événement; elles sont heureusement bien au-dessous du chiffre des sauveurs, puisqu'il est dit que ceux-ci sont au nombre de six cents, indiqués au ministère de l'intérieur pour avoir la croix. »

En dehors des critiques des *Revues* et des *Feuilletons*, Vidal a publié dans les journaux des articles scientifiques en trop grand nombre pour que je puisse vous les citer tous. Ces articles rentrent d'ailleurs dans uue catégorie de travaux dont j'ai hâte de vous parler. Ils vous feront voir Vidal comme chirurgien et comme spécialiste.

Il était vraiment chirurgien; son esprit inventif n'a pu s'exercer que dans un cercle trop étroit pour que les besoins d'une pratique toute spéciale lui suscitassent de grandes découvertes; mais on peut juger de ce qu'il eût pu faire par ce qu'il a fait.

Il était, je crois, encore étudiant, lorsqu'il eut l'idée de faire des opérations en plusieurs temps. J'ai vu, m'écrit M. Goyrand, naître et germer dans l'esprit de mon ami les idées sur le débridement multiple appliqué à la taille et à l'opération de la hernie crurale étranglée. J'ai été le confident de ses idées sur l'opération de la taille sus-pubienne en deux temps, et sur la cystotomie par le caustique, avant qu'il en eût entretenu le public. D'après cela, je suis porté à croire que ce sont ses pensées d'étudiant qu'il épanchait ainsi dans ses conversations avec son condisciple.

« Dès 1832, dit Vidal, je me suis prononcé, dans la *Gazette médicale*, contre l'unité de temps adoptée pour toutes les opérations. » Plus tard, dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, il commente cette idée :

« La nature, dit-il, avant de diviser les tissus, opère des réunions; elle se livre, au préalable, à un travail d'organisation : ainsi, autour des solutions de continuité qu'elle va opérer, naissent des adhérences, ou bien les tissus s'épaississent. C'est la synthèse qui a précédé la diérèse. Dans nos opérations ordinaires, on ne trouve rien qui ressemble à cela; et cependant nos procédés, pour être efficaces, devraient se rapprocher le plus possible de ceux de la nature. Il y a là de quoi réfléchir; il y a tout un avenir pour la chirurgie; mais il faudrait se comprendre. Voilà ce que j'écrivais dans ma première édition de 1839. Une partie de mes vœux se trouve exaucée. Des chirurgiens d'un mérite réel font plus de cas des caustiques et déposent un peu plus souvent le bistouri. Dans un travail récent, un chirurgien a cherché à démontrer les avantages de la cautérisation pour prévenir et même pour arrêter la phlébite et d'autres inflammations graves. D'autres

chirurgiens sont entrés dans la même voie; comme lui, ils n'indiquent pas la source où ont été puisées les inspirations qui les ont conduits à une expérimentation si utile. Un pareil silence prouverait que c'est d'eux-mêmes qu'est venue l'impulsion, ce qui est encore plus favorable aux principes que je soutiens depuis si longtemps. »

Ce passage nous montre un côté de l'esprit de Vidal. Avant l'école de Lyon, il a parlé du parti que l'on peut tirer de la cautérisation. On ne parle pas de lui, et il croit avoir le droit de s'en plaindre, mais il le fait comme un homme découragé et revenu des vanités du monde. Il ne récrimine pas : *Le silence*, dit-il, *prouverait que c'est d'eux-mêmes qu'est venue l'impulsion, ce qui est encore plus favorable aux principes que je soutiens depuis si longtemps!* Il a plutôt l'air de trouver là une consolation. Il n'en est rien; plus bienveillant qu'on ne l'a dit, il ne suppose pas aux autres des intentions dont il serait incapable; il voudrait ne pas se plaindre; mais en voyant ses travaux méconnus ou oubliés, il regrette qu'on ne lui rende pas justice, et il laisse deviner qu'il en est malheureux.

Pour s'opposer à l'infiltration urineuse qui s'observe à la suite de la cystotomie sus-pubienne, il propose de faire l'opération en plusieurs temps, soit qu'après avoir incisé tous les tissus jusqu'à la vessie on s'arrête pour n'ouvrir cette poche qu'au bout de quelques jours; soit que, par des applications quotidiennes d'un porte-caustique, on opère sans instrument tranchant. Dans l'un et l'autre procédé, il se propose d'opposer une barrière à l'urine par la lymphe plastique qui soude les unes aux autres les différentes couches dont la paroi abdominale est composée.

Bien que cette méthode remonte déjà à une époque assez reculée, on n'en a pas fait un nombre d'applications suffisant pour que l'on puisse se prononcer définitivement sur sa valeur. Mais je serais injuste envers Vidal si je ne reconnaissais pas qu'elle est ingénieuse, et que, sans être l'auteur de cette méthode, il est facile de comprendre qu'il n'a pas fallu un grand effort d'imagination pour conclure de l'innocuité de la taille sus-pubienne par le caustique à l'innocuité des opérations pratiquées sur l'urèthre dans sa portion sous-pubienne.

Puisque j'ai parlé de la taille, disons de suite que Vidal a apporté à l'opération de la lithotomie prostatique une importante modification, en faisant entrer dans la pratique le procédé du *débridement multiple*. Ce fut le sujet de sa thèse inaugurale, qu'il soutint à vingt-cinq ans.

Bien avant que l'on eût appliqué les fils d'argent aux sutures vaginales, il avait reconnu qu'ils exposent moins que les fils de lin ou de

soie aux accidents inflammatoires. Partant de ce principe, il imagina, pour la cure radicale du varicocèle, un procédé qui, à lui seul, a peut-être donné plus de résultats heureux que tous les autres ensemble, et l'on sait que le nombre en est grand; Vidal attachait sans doute une grande importance à la nature du lien, mais il ne tenait pas moins à la multiplicité des sections du paquet variqueux. Les fils d'argent dont il se servait, étant tordus sur eux-mêmes, se trouvaient ainsi correspondre à plusieurs points de la longueur des veines du cordon, de telle sorte que les vaisseaux compris dans cette ligature devaient être coupés autant de fois qu'ils s'étaient enroulés autour des liens.

Sans discuter les questions d'opportunité et de procédés opératoires, nous devons reconnaître que l'opération de Vidal est une de celles qui resteront dans la science; elle est bien conçue, elle a donné de bons résultats, elle suffirait à prouver que son inventeur eût pu enrichir la médecine opératoire, s'il n'avait pas donné une autre direction à son esprit, trop élevé pour faire grand cas de ces petites inventions dont certains hommes sont si enclins à réclamer la priorité. « Le génie, dit-il au commencement de son *Traité de pathologie externe*, crée des méthodes; les procédés naissent plutôt du talent et parfois du demi-talent; car on a tellement abusé du mot procédé, que des modifications insignifiantes, des accidents opératoires même, ont fini par être décorés de ce titre. »

Si Vidal n'attache pas une grande importance aux modifications insignifiantes des opérations, il n'est point indifférent quand il s'agit d'une découverte d'une utilité incontestable.

Pour maintenir en contact les lèvres d'une plaie dont on veut obtenir la réunion immédiate, il imagina de petites pinces qu'il appela *serre-fines*. Cette invention fut pour son auteur l'occasion de discussions qui ne cessèrent qu'à l'époque où l'Académie des sciences, prononçant sur la question d'utilité et de priorité des serre-fines, décerna à Vidal un prix de 2,500 fr. « La question de priorité, dit-il, a été nécessairement soulevée à l'occasion des *serre-fines*; on a exhumé les crochets, les boucles, les agrafes de l'antiquité; on a ressuscité des insectes crochus qui saisissaient intelligemment les bords de la plaie, insectes que l'on tuait sur place, et qui n'en persistaient pas moins dans leur fonction unissante! » Il prouve ensuite que les instruments auxquels on a comparé les serre fines ne sont en réalité que des moyens unissants, qui se rapportent aux sutures avec tiges, telles que la suture entortillée, ou bien analogues à la suture faite par Dieffenbach avec des épingles fines, qu'on laisse dans la plaie, et dont les extrémités

sont courbées l'une vers l'autre. Quant aux insectes, ajoute-t-il, je n'en dirai rien, car j'écris ici très-sérieusement.

Aujourd'hui personne, je pense, n'aura l'idée de disputer à Vidal le mérite de son invention. Sans penser comme lui que les fils et les épingles, qui traversent les chairs dans les sutures, sont des conducteurs le long desquels l'érysipèle peut s'insinuer dans les tissus sous-cutanés et devenir ainsi de nature phlegmoneuse, nous avons tous employé les serre-fines, et il n'est aucun de nous qui n'ait eu l'occasion de s'en servir utilement.

C'est surtout pour la réunion des lèvres de la plaie qui succède à l'opération du phimosis que Vidal reconnut l'utilité des serre-fines. C'est même, je crois, à cause de la longueur du temps nécessaire pour faire une suture à points séparés, et en cherchant à remédier à ses inconvénients et à son inefficacité pour maintenir en contact les deux feuillets du prépuce, qu'il eut la première idée de son invention.

Pendant qu'il était chirurgien de Lourcine, avant reconnu l'opiniâtreté du catarrhe utérin, il tenta de faire cesser l'écoulement qui en résulte en pratiquant dans l'utérus des injections de nitrate d'argent. Il s'en loue beaucoup dans un mémoire qu'il a publié sur ce sujet, et je suis porté à croire qu'il a raison.

Il y eut sans doute quelque bardiesse à mettre une solution caustique en contact avec une membrane muqueuse qui passait pour avoir une effrayante susceptibilité; il y en eut une plus grande encore à injecter cette solution dans une cavité qui communique avec la cavité péritonéale; mais Vidal ne se décida à cette opération qu'après l'avoir répétée un grand nombre de fois sur le cadavre, et après avoir reconnu qu'il n'y a jamais de danger à injecter brusquement quelques gouttes d'une solution contenant 5 centigrammes de nitrate d'argent pour 20 grammes d'eau distillée.

Cette pratique, qui donnait des résultats satisfaisants, fut pour son auteur l'occasion d'assez vives contrariétés dont il parle encore en 1853. « Ces injections, dit-il (*Traité des maladies vénériennes*), ont d'abord rencontré une forte opposition dans les cours, dans les journaux; puis s'éleva la question de priorité, ce qui prouvait déjà un véritable succès. J'ai été obligé de me défendre alors d'avoir *inventé* ce moyen. J'ai dit que je ne prétendais qu'au mérite de l'avoir conservé à la thérapeutique, et j'ai même désigné plusieurs inventeurs contemporains, le tout pour avoir la paix, et je n'ai pas réussi ! »

Vous le voyez, Messieurs, Vidal, qui comme chirurgien d'hôpital n'eut guère à pratiquer des opérations que sur les organes génitaux, a

montré comme opérateur un esprit inventif qui nous dit assez qu'il eût rendu de grands services à la chirurgie s'il n'avait pas consacré sa vie à l'étude des maladies vénériennes.

Beaucoup de chirurgiens prétendent au titre de praticien habile sans avoir fait autant que lui pour la pratique des opérations, et, pourtant, en le représentant ainsi, on donnerait de sa vie une fausse idée. C'est surtout comme auteur d'un *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* qu'il avait acquis de la renommée, lorsque parut en 1853 son *Traité des maladies vénériennes*. Le premier de ces ouvrages a été apprécié par M. Marchal (de Calvi) en quelques lignes que je vous demande la permission de reproduire ici : « Bientôt, dit M. Marchal, de cette plume que quelques-uns avaient peut-être jugée légère, on vit sortir cinq grands volumes de haute science, tout un immense *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*. Le journaliste devenait tout à coup un classique. Quatre éditions de ce grand ouvrage, qui ont porté le nom de l'auteur jusqu'aux limites du monde civilisé, prouvent du reste combien ce livre répondait aux besoins de notre époque.

» Vidal, lorsqu'il écrivit son Traité, n'avait pas beaucoup fait par lui-même ; mais il était riche de l'expérience des autres, dont il avait suivi la pratique dans tous les hôpitaux de Paris, et il avait beaucoup étudié. Aussi, sans faire oublier le livre de Boyer, monument impérissable de sage pratique chirurgicale, son ouvrage passa dans toutes les mains à titre de livre d'initiation ou de livre courant, comprenant le vaste tableau de la chirurgie au point où elle est parvenue aujourd'hui, tracé par un homme familiarisé avec les procédés de la philosophie scientifique. Vidal était actuel, Boyer devenait historique. Quand on parle du Traité de Vidal, il faudrait presque dire les Traités, car celui des dernières éditions est, à proprement parler, un livre nouveau, tellement l'auteur le remania et y ajouta, on est étonné d'un tel travail en si peu d'années, et l'on se demande comment une organisation minée dès la jeunesse par un mal profond a pu y suffire. »

J'ajouterai que ce livre se recommande par la solidité du raisonnement, par une érudition qui atteint son but, par la clarté de l'exposition aussi bien que par la sagesse de la méthode qui a présidé à sa rédaction.

J'ai hâte, Messieurs, d'arriver au livre que Vidal a le plus travaillé, et sur lequel il a surtout compté pour passer à la postérité : son *Traité des maladies vénériennes* est merveilleusement conçu ; écrit d'un style précis, clair, et d'une élégance sans prétention, il n'est pas moins

remarquable par la justesse de ses appréciations que par la conviction qui les a dictées. Pour justifier cette dernière assertion, je ne peux me dispenser de rappeler quelques-unes des idées auxquelles il attachait le plus d'importance, et au sujet desquelles il était en dissidence avec la plupart des syphilographes.

Après avoir longtemps étudié les maladies syphilitiques, il avait acquis la conviction que les idées professées à l'hôpital du Midi étaient comme un échafaudage qui s'écroulerait dès que l'on toucherait à sa base. Avec cette croyance, il voulut se fixer à l'Hôpital des vénériens, persuadé, disait-il, qu'il suffirait de dire le contraire de son collègue pour être sûr de professer la vérité. Par cette détermination, il se créa une vie de lutte dans laquelle il ne devait pas trouver de suite la satisfaction d'amour-propre sur laquelle il avait sans doute compté.

Le collègue dont il attaquait les idées avait une immense popularité qui s'appuyait sur des études sérieuses, sur une grande imagination, sur une finesse remarquable à se préparer des moyens de défense, des fins de non-recevoir, et, par-dessus tout, sur l'art de séduire par ses manières avenantes toutes les personnes, riches ou pauvres, jeunes ou vieilles, qui avaient des relations avec lui.

Vidal n'avait pas toutes ces qualités ; il ne cherchait point à séduire les élèves qui suivaient ses leçons, il se contentait de développer ses idées devant eux, frondant ses adversaires, raillant malicieusement ses contradicteurs, comptant sur l'avenir pour avoir raison, mais pourtant souffrant que sa voix n'eût pas assez de retentissement pour étouffer celle de son collègue.

Si nous nous arrêtons un instant sur quelques-uns des sujets les plus intéressants des contestations de Vidal et de M. Ricord, nous comprendrons l'intérêt que l'un et l'autre devaient y attacher.

S'appuyant sur l'inoculation, M. Ricord professait que depuis le moment où le pus du chancre est déposé sur une membrane muqueuse ou au-dessous de l'épiderme, il y a une série non interrompue de phénomènes jusqu'à la réparation complète de l'ulcération. Il pensait, en outre, que l'action du pus inoculé reste locale jusqu'au quatrième ou cinquième jour. On comprend l'importance d'une pareille proposition. C'était là une des *lois* de l'hôpital du Midi ! D'après cette manière de voir, en détruisant le chancre par la cautérisation trois jours après son apparition, le sujet contaminé devait être à l'abri des accidents constitutionnels.

Vidal n'admit pas cette opinion. Il se rangea de suite sous la bannière de Hunter, pour qui l'incubation était un fait incontestable.

Repoussant les données de l'expérimentation, il s'appuya sur les faits cliniques et les lois générales qui régissent le développement des maladies virulentes, pour soutenir que le chancre n'apparaît jamais qu'après une incubation de quelques jours, c'est-à-dire au moment où la constitution est déjà infectée. Il a fallu, Messieurs, une vigueur d'esprit peu commune pour résister à l'argumentation de M. Ricord, et ne pas se laisser séduire par une erreur en faveur de laquelle militait une dialectique dont la puissance est encore mieux appréciée depuis que des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis ont permis de reconnaître ce qu'il a fallu de ressources dans l'esprit pour faire vivre si longtemps des idées qui ne reposaient que sur la fausse interprétation d'une expérience.

Sur quoi, en effet, s'est-on fondé pour dire qu'en cautérisant avant le cinquième jour on met le malade à l'abri d'une infection générale ? Sur l'inoculation du pus provenant des chancres mous ! puisque, pour être efficace, la cautérisation devait être pratiquée avant que l'ulcération eût revêtu les caractères du chancre induré. (Ricord, *Traité pratique de l'inoculation*, page 93.)

Or M. Ricord admet lui-même aujourd'hui que cette espèce d'ulcération n'est jamais suivie d'accidents secondaires.

Vidal comprenait que cette opinion sur l'innocuité d'un chancre cautérisé, ainsi que beaucoup d'autres, ne resterait pas longtemps debout, le jour où quelqu'un oserait la soumettre à l'épreuve de l'inoculation pratiquée sur des sujets sains ; mais indulgent pour les convictions de ses confrères, il était d'une grande sévérité pour lui. « Il est, dit-il (*Des indications et des contradictions en médecine opératoire*), des pratiques qu'on ne suit pas et que l'on blâme : ce sont celles qui sont essentiellement mauvaises. Il en est que l'on ne suit pas, mais on ne blâme pas pour cela ceux qui les suivent, parce qu'elles ont en leur faveur des faits et des autorités incontestables. »

Avec cette morale, il ne pouvait pas recourir, pour renverser un système qu'il croyait erroné de tous points, à une arme qu'il eût trouvée déloyale entre ses mains. A l'exception d'une inoculation de plaques muqueuses qu'un jeune médecin se fit faire par lui, Vidal ne combattit qu'avec les ressources qu'il trouvait dans l'observation des faits cliniques, et son argumentation avait déjà fortement ébranlé le système de ses adversaires, lorsque des expériences et de nouvelles observations sont venues lui porter le dernier coup.

Vidal ayant été longtemps méconnu par les partisans de la doctrine de l'hôpital du Midi, qui ne voyaient en lui qu'un entêté refusant

d'ouvrir les yeux à la lumière, il convient, ce me semble, de continuer à rapprocher les idées professées par M. Ricord pendant vingt-cinq ans de celles qui tendent chaque jour à s'infiltrer dans la jeunesse médicale qui a tant contribué au succès de la doctrine de l'inoculation.

Le système de l'hôpital du Midi repose sur ce double axiome : tout chancre qui n'est pas arrivé à la période de réparation est inoculable. Toute ulcération qui n'est pas inoculable à la période de progrès n'est pas un chancre.

Cela étant admis, l'argumentation était facile : du pus étant donné, si par l'inoculation il produisait une pustule d'ecthyma, on concluait qu'il provenait d'une ulcération de nature à donner lieu aux accidents constitutionnels.

C'est avec cet axiome que l'on imposa silence aux médecins qui persistaient à vouloir que la blennorrhagie fût un accident syphilitique ; aux observations de blennorrhagies suivies d'accidents constitutionnels, on objectait, en effet, que le pus provenant de l'urèthre n'avait pas été inoculé. Si vous l'aviez inoculé, disait-on, il eût donné lieu à la pustule caractéristique, et vous eût ainsi prouvé qu'il y avait là deux choses : une blennorrhagie et un chancre infectant. Des chancres ayant été découverts dans l'urèthre, la victoire parut complète !

N'allez pas croire, Messieurs, que je veuille soutenir l'identité du chancre et de la blennorrhagie ; je crois bien qu'il y a une certaine parenté plus ou moins éloignée entre ces accidents ; mais on n'a point encore à me reprocher d'avoir appliqué à l'un le traitement de l'autre. J'ai seulement voulu rappeler combien était puissante l'arme avec laquelle on combattait, et les conséquences que l'on tirait de la théorie de l'inoculabilité des accidents primitifs de la syphilis.

En dehors du chancre, point d'inoculation , en dehors de l'inoculation, point de vérole ; en dehors de la cautérisation avant le cinquième jour, point de salut !

Cette doctrine était trop simple pour ne pas séduire. Aussi Vidal, avec M. Cazenave, et quelques autres en petit nombre, furent-ils les seuls dissidents, jusqu'au moment où une observation plus attentive vint démontrer que le chancre *induré* n'est jamais inoculable sur le malade qui en est affecté ! Il y a encore aujourd'hui beaucoup d'anciens élèves de l'hôpital du Midi qui tressaillent de surprise et d'indignation quand ils entendent émettre une pareille proposition ; ils ne peuvent pas croire que la science en soit venue là, et pourtant, d'après M. Ricord lui-même, ce n'est qu'exceptionnellement que le pus des chancres indurés est inoculable.

Cet aveu anéantit toute l'argumentation qui reposait sur l'inoculabilité; la pierre de touche fait défaut; l'arme avec laquelle on avait porté de si rudes coups se trouve brisée. La grande lumière projetée par le système de l'inoculation n'a plus aujourd'hui que l'éclat d'un feu follet qui ne pourrait qu'égarer au lieu de guider ceux qui compteraient encore sur cette lueur pour arriver à la vérité.

On peut faire à Vidal le reproche de ne pas avoir eu assez de foi dans les idées nouvelles. Il eût été bien plus fort dans la lutte si, s'emparant de l'opinion dans laquelle les chancres non infectants seraient seuls inoculables, il s'en était servi pour battre en brèche la théorie qu'on lui avait si longtemps opposée.

Il n'a pas pu ne point apprécier les conséquences de cette nouvelle théorie, à laquelle de nombreuses expériences semblent donner dès à présent une grande valeur. En ne l'acceptant pas, on dirait qu'il a cédé à un penchant de son esprit, qui le mettait en défiance contre les idées des novateurs, ou bien qu'il a voulu, pour se prononcer, attendre la consécration du temps et la certitude de ne point avoir à désavouer plus tard une théorie dont on eût pu l'accuser de s'être fait le partisan parce qu'elle ruinait le système de son adversaire.

Une autre proposition non moins importante que la précédente était considérée par M. Ricord comme une loi immuable. Je veux parler de la non-contagion des accidents constitutionnels de la syphilis. S'appuyant sur l'observation clinique, Vidal soutenait la possibilité de la transmission de ces accidents; il crut même avoir inoculé une plaque muqueuse; plusieurs faits semblables d'inoculation ne tardèrent pas à être publiés. Les tribunaux, forcés de prendre parti dans la question, admirent bientôt la contagion des plaques muqueuses de l'enfant à la nourrice.

L'opinion se prononçait décidément dans le même sens; mais M. Ricord ne se tenait pas pour battu; il répondait qu'ayant en vain tenté d'inoculer le produit de sécrétion des plaques muqueuses sur le malade déjà contaminé, il avait toujours échoué. De même qu'il avait soutenu qu'il n'y a pas d'observations authentiques d'ulcères qui, détruits avant les cinq premiers jours qui suivent un coït infectant ou tout autre mode de contagion, aient donné lieu ensuite à des symptômes secondaires, il mettait au défi qu'on le rendît témoin d'une inoculation de plaques muqueuses. Les faits qui lui étaient opposés n'étaient, disait-il, autre chose que le résultat d'une erreur de diagnostic : on avait pris un chancre pour une plaque muqueuse.

On était mal à l'aise pour répondre à une pareille argumentation, et

si l'on ne se rendait pas, on était exposé à des plaisanteries qui vous représentaient comme un homme candide, croyant trop à l'amitié, et ne sachant rien de la perfidie des femmes.

Vidal, lui aussi, aimait à plaisanter, mais il trouvait le sujet trop grand, n'oubliant pas qu'il y avait là une question d'humanité au-dessus de la question de doctrine. Il rappelait les travaux de Wallace, de Weller, et de bien d'autres, qui lui semblaient avoir plus de valeur que des plaisanteries ; mais l'opinion contraire à la sienne avait toujours ses partisans.

Aujourd'hui, les choses ont changé. Après les expériences qui viennent d'être faites à l'hôpital Saint-Louis, la possibilité de la transmission de la syphilis par le produit de sécrétion des plaques muqueuses paraît admise par les partisans les plus fervents de l'opinion contraire. Que n'a-t-il été donné à Vidal d'assister au triomphe d'une idée qu'il avait défendue comme s'il en avait été le père ! Que n'a-t-il vécu assez pour entendre invoquer son opinion par son adversaire, qui, en avouant son erreur, regrettait généreusement que Vidal n'eût pas eu la part qui devait lui revenir dans la discussion !

Si Vidal avait assisté à cette séance de l'Académie qui, suivant une expression remarquée, a été un événement, il eût compris qu'il grandissait dans l'opinion publique ; mais son adversaire eût été à ses yeux peut-être aussi grand dans son échec qu'il l'était entouré de la foule enthousiaste qui l'égarait en l'empêchant de se recueillir.

Après vous avoir entretenus de Vidal comme chirurgien, comme auteur et comme journaliste, il ne me reste plus, Messieurs, qu'à retracer devant vous quelques-uns des événements les plus notables de la vie de notre collègue.

Quand je lis l'histoire d'un homme qui a brillé dans les sciences, dans les lettres ou dans les arts, rien ne m'intéresse autant que l'époque où, loin de sa famille, il a dû souffrir de la faim et du froid.

Au point de vue psychologique, c'est une étude d'un grand intérêt. Parmi ceux qui ont souffert, il y en a quelques-uns qui, exagérant leurs souffrances, cherchent à monter en apitoyant et en tendant la main. Ils deviennent rarement l'honneur du corps qui les recueille ; d'autres, et c'est le plus grand nombre, disons-le bien haut à l'honneur de la pauvreté, entrent dans l'arène sans se préoccuper des difficultés, et mettent bien au-dessus des douleurs du corps et des joies de la richesse la célébrité et la gloire qu'il est si doux de rêver quand on est jeune !

Vidal vint à Paris avec de l'ambition, du courage et de l'admiration

pour toutes les grandes choses. La misère ne l'effraya jamais; je ne crois pas même qu'il se soit demandé si, avec les cent francs que son père lui envoyait chaque mois, il était riche ou pauvre. Aussi ce fut moins pour avoir de l'argent que pour répandre le trop-plein de son esprit qu'il devint avec M. Goyrand le collaborateur du fondateur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Il était docteur depuis un an, lorsqu'il commença à essayer ses forces dans le concours de l'agrégation en médecine qui s'ouvrit le 5 août 1829.

Ayant échoué, il se présenta le 1er mars 1830 au concours de l'agrégation en chirurgie. Puis, ayant échoué encore, il ne se découragea pas. Descendant des Phocéens, qui, jetant une pierre à la mer, juraient de ne revenir, s'ils n'étaient pas vainqueurs, qu'au jour où la pierre surnagerait, il attendit une nouvelle lutte avec toute l'ardeur d'un homme qui a conscience de sa valeur.

Un nouveau concours pour l'agrégation en médecine s'étant ouvert en 1832, ses efforts cette fois furent couronnés de succès, et il devint agrégé n'ayant encore que vingt-neuf ans.

L'année suivante, il fut nommé chirurgien du Bureau central. Il put alors se reposer de ses luttes.

Envoyé à Aix par M. Thiers pour donner des soins aux cholériques, il fut décoré à son retour, et le conseil municipal lui offrit deux ou trois mille francs de livres, qu'il a voulu léguer à la ville qui les lui avait donnés.

Les quelques années qui suivirent son entrée au Bureau central et à l'Ecole de médecine furent sans doute les moins tristes de sa vie. Lié avec des littérateurs dont l'esprit répondait au sien, il eût été heureux, si une maladie, qui avait troublé son adolescence, n'avait déjà commencé à lui faire craindre quelque lésion grave du côté des reins.

Peu à peu son humeur s'assombrit, sa raillerie devint plus mordante. S'efforçant de cacher ses souffrances qui grandissaient, il fréquentait les hommes heureux et jeunes, et son rire souvent n'était pas moins bruyant que le leur.

Mais il souffrait, et je pense encore aujourd'hui avec tristesse qu'un jour j'ai pu ajouter à son découragement par des articles de journaux dont il ne s'est vengé qu'en se montrant envers moi aussi bienveillant que si je ne lui avais causé aucun déplaisir.

Vidal n'a pas eu seulement de longues souffrances physiques, il a eu le chagrin de ne pas atteindre le but auquel il avait le droit de prétendre. Trop droit pour prendre le chemin que d'autres suivent en

baissant la tête, il se vit dépasser dans la carrière des honneurs par des hommes qui lui étaient inférieurs. Mais que sont les déceptions à côté du malheur qui devait le frapper! Il avait un fils d'une figure charmante et d'une intelligence plus charmante encore. Un pareil enfant est la compensation de toutes les souffrances de la vie pour un homme qui a eu plus de déceptions que de joies. Quand surtout on a dû consumer sa jeunesse dans des luttes où le travail n'est jamais sûr de son salaire, il est bien doux de recommencer à vivre dans son enfant, et d'avoir pour lui des espérances que l'on ne peut plus avoir pour soi. Vidal se plaisait à trouver chez son fils le germe des qualités qui rendent heureux, et de celles qui élèvent au-dessus des autres hommes ceux qui en sont doués. Ce bonheur, hélas! devait être pour lui de bien courte durée.

Quand il eut bien admiré son enfant; quand il eut la conviction qu'aucun autre ne pouvait avoir plus d'esprit et être meilleur, il s'aperçut un jour qu'un mal qui ne vous laisse vivre qu'au prix d'une affreuse difformité, allait ruiner toute sa joie en dissipant tous les rêves qu'il avait faits pour son fils. D'abord, fier de lui, il dut bientôt se résoudre à en avoir pitié; mais son affection n'en devint pas moins tendre.

Cette maladie dura trois ans, et quand nous accompagnâmes le pauvre enfant au cimetière, Vidal était inconsolable, comme s'il venait d'être frappé pour la première fois. Il y a des plaies du cœur que rien ne peut guérir. Ni l'affection d'un autre enfant, que pourtant il aimait tendrement, ni le temps, qui allége tant de souffrances de l'âme, ne purent consoler notre malheureux collègue!

A la mort de cet enfant commença réellement la longue agonie de Vidal. L'air natal sembla le ranimer quelque temps; il se vantait même d'être redevenu fort, mais il ne se faisait point illusion. Un prix que l'Académie venait d'accorder à son *Traité des maladies vénériennes* put à peine faire un instant diversion au chagrin qui l'accablait. La mort ne le surprit point, ce fut la fin des souffrances qu'il avait endurées avec courage.

Souvent, dans ses jours de grande tristesse, il venait se consoler dans le sein de la Société de chirurgie, dont il était membre fondateur. Ici, du moins, il a toujours trouvé une sympathie qui en ce jour le ferait tressaillir dans sa tombe s'il pouvait savoir l'émotion qui nous anime en parlant de lui.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance du 20 juillet 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption des procès-verbaux des deux dernières séances, M. Deguise, président sortant, adresse à la Société l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Lorsque vous m'avez fait l'honneur de m'élever à la présidence, mes premières paroles ont été des remercîments pour la haute distinction dont vous m'aviez revêtu. Aujourd'hui, en quittant ce fauteuil, je vous remercierai encore pour le bienveillant concours que vous n'avez cessé de me prêter pendant toute la durée de mes fonctions.

Cependant, Messieurs, je croirais manquer à mes devoirs, en ne vous signalant pas quelques *desiderata* qui me sont inspirés par un sentiment que vous partagez tous, l'amour de notre Société.

La question des rapports, par exemple, est assez importante pour appeler votre attention d'une manière toute spéciale, de façon que, à l'avenir, nous ne nous trouvions plus dans l'obligation assez singulière de livrer au comité de publication des travaux inconnus à la plupart d'entre nous, et renvoyés depuis nombre d'années à des commissions pour être l'objet de rapports qui n'ont jamais été faits.

Il faut, Messieurs, que nous prenions l'engagement d'oublier ce précédent fâcheux, et, pour atteindre convenablement ce but, le bon vouloir et l'activité des rapporteurs sont sans doute indispensables;

mais il serait également à souhaiter que l'assistance tînt compte aux rapporteurs du zèle qu'ils ont déployé, en prêtant à la lecture de leurs rapports un peu plus d'attention qu'elle ne le fait d'habitude.

J'exprime encore le vœu que la signature de la seconde feuille de présence soit reculée jusqu'à cinq heures. En effet, la lecture du procès-verbal, les rectifications auxquelles il peut donner lieu, et surtout les communications fréquentes qui surgissent à son occasion, enfin, le dépouillement de la correspondance absorbent le plus ordinairement trois quarts d'heure. Il en résulte trop souvent que la lecture des travaux originaux ou celle des rapports est elle à peine commencée, la salle va se dégarnir et se trouver à peu près déserte lorsque l'auteur établit ses conclusions. Vous avouerez, Messieurs, qu'il n'y a là rien de bien encourageant pour le lecteur, et que, d'un autre côté, nos discussions grandiraient d'importance si les auditeurs eussent été plus nombreux.

Malgré la pureté de mes intentions, je craindrais, Messieurs, de vous fatiguer en prolongeant cet examen, et j'ai hâte d'aborder un autre sujet.

La Société de chirurgie a eu la douleur de perdre cette année deux membres honoraires, MM. Bérard et Bégin, et trois membres correspondants, MM. Bonnet et Gensoul, de Lyon, M. Chapel, de Saint-Malo.

M. Bérard, malgré son éloignement de nos séances, n'en suivait pas moins toutes les discussions avec un vif intérêt, et je puis vous assurer, pour avoir eu l'honneur de vivre dans son intimité, combien il avait été flatté du titre que vous lui aviez décerné.

M. Bégin nous eût souvent apporté l'appoint de sa vaste expérience; mais à peine nous avait-il quittés pour goûter un peu de repos, que la mort est venu le frapper.

MM. Gensoul, de Lyon, et Chapel, de Saint-Malo, avaient l'un et l'autre à cœur de se rappeler qu'ils étaient nos correspondants, et nous adressaient de temps à autre des travaux importants.

Quant à M. Bonnet, notre savant correspondant de Lyon, vous êtes encore trop sous l'impression du solide et brillant discours prononcé dans la dernière séance par notre secrétaire général, pour ajouter quoi que ce soit à cet éloge impartial et vrai que vous avez tous applaudi.

Si la mort est venue visiter nos rangs, d'un autre côté nous nous sommes enrichis par l'adjonction de deux nouveaux membres titulaires, de huit correspondants nationaux, de trois associés étrangers et de douze correspondants étrangers.

Par l'assiduité régulière de ses séances, par le nombre et surtout par le mérite reconnu de la plupart de ses membres, la Société de chirurgie a conquis dans l'opinion publique une position trop élevée pour être désormais inquiète de son avenir. La persévérance dans le travail, quand elle proclame la vérité dans la science et la moralité dans l'art, est assurée d'avoir sa récompense.

Après ce discours, M. Deguise installe le nouveau bureau.

M. MARJOLIN, en prenant le fauteuil de la présidence, remercie la Société de l'honneur qui lui a été fait. Voici son discours :

Messieurs et chers collègues,

Il y a dix-sept ans, lorsque plusieurs de mes maîtres voulurent bien m'associer à l'heureuse idée de la fondation de la Société de chirurgie, j'acceptai avec joie et reconnaissance et comme une bonne fortune un titre qui, me permettant de siéger au milieu d'eux, devait être pour moi la source d'une précieuse instruction, et dès lors je n'eus qu'une seule pensée, celle de faire tous mes efforts pour me rendre digne de ce témoignage de leur bonne amitié.

Appelé aujourd'hui par vos suffrages à présider cette même Société déjà si haut placée par ses travaux, ne vous étonnez pas si c'est avec une émotion bien vive que je me soumets à votre volonté. Une voix intérieure ne me dit-elle pas que c'est grâce à un nom aimé de vous tous que je suis redevable d'un honneur aussi grand? Permettez-moi donc de vous en remercier, et d'espérer que votre bienveillance habituelle ne me fera pas défaut dans ces nouvelles fonctions.

Confiant dans votre zèle infatigable et dans votre esprit d'union, je ne doute pas que l'année qui s'ouvre ne contribue autant que ses devancières à augmenter la juste considération dont vous jouissez dans le monde savant. Seulement n'oublions pas ce que mes deux honorables prédécesseurs, MM. Bouvier et Deguise, vous ont dit en quittant la présidence : c'est que l'affluence des communications est souvent telle que le zèle et l'activité des commissions peuvent à peine y suffire et qu'il y a eu des rapports en retard. Pour combler cette lacune, pour alléger le plus promptement possible la dette des rapports arriérés, redoublons tous d'efforts ; c'est une prière que je vous adresse, bien certain qu'elle sera entendue de vous tous : non-seulement c'est dans l'intérêt de la Société, mais il y a plus, c'est une obligation, un devoir à remplir envers ceux de nos confrères qui veulent bien nous faire part de leurs recherches. Il est encore une autre demande que je ne crains

pas de vous faire, persuadé qu'elle sera également bien accueillie, c'est de ne jamais donner d'observations incomplètes. Vos mémoires, vos bulletins, ont une valeur justement méritée; or, s'écarter ou se relâcher quelque peu de ce principe, ce serait compromettre leur avenir. Rappelons-nous qu'il n'y a pas pour la science d'acquisition plus durable que les faits bien observés.

Ceci bien convenu, afin de ne pas retarder plus longtemps le cours de vos travaux, j'aurai l'honneur de vous proposer de voter des remercîments aux membres sortants du bureau.

Cette proposition est acceptée et votée par acclamation.

CORRESPONDANCE.

L'ordre du jour appelle le dépouillement de la correspondance; elle comprend :

Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 4e fascicule. Paris, 1859, in-8°.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, t. IV, n° 1. Paris, 1859, grand in-8°.

— M. Michaux, membre correspondant à Louvain, adresse un exemplaire de son travail intitulé : *De l'amputation tibio-tarsienne et parallèle de cette opération; de l'amputation sus-malléolaire, et de l'amputation de la jambe au lieu d'élection.* Bruxelles, 1859, in-8°.

— La Société reçoit en outre, par l'intermédiaire de M. de Castelnau, le *Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne.* Limoges, 1859, in-8°.

— MM. Scrive et Valette (de Lyon) écrivent à la Société pour la remercier de les avoir élus membres correspondants nationaux.

— MM. Ricord et Nélaton, membres honoraires, envoient leur offrande à la Société en faveur des blessés de l'armée d'Italie.

— M. Legouest, chirurgien en chef du cinquième corps de l'armée d'Italie, nommé secrétaire de la Société pendant son absence, écrit à ses collègues pour les remercier de leur choix.

M. DEGUISE demande la parole à propos de la correspondance. Il communique une lettre qui lui a été adressée par notre collègue M. Larrey, qui remercie la Société de sa souscription pour les blessés de l'armée d'Italie.

M. LE PRÉSIDENT tire au sort les membres qui doivent faire partie de la commission chargée de l'examen des comptes et de la commission chargée des archives et de la bibliothèque.

Sont désignés pour la première :

MM. Maisonneuve, Forget, Danyau, Morel-Lavallée et Monod.

Pour la seconde :

MM. Chassaignac, Boinet et Laborie.

M. le président rappelle que diverses nominations ont été faites récemment au sein de la Société, et que les travaux de plusieurs de ces nouveaux collègues n'ont été l'objet d'aucun rapport. Il exprime le vœu que ces pièces soient réintégrées dans les archives dans un bref délai.

La parole est ensuite à M. Gubler, qui montre une tumeur sous-cutanée de la région deltoïdienne qui lui paraît offrir des éléments histologiques mal appréciés jusqu'ici par les anatomo-pathologistes.

Il s'agit d'un kyste du volume d'une petite noix, enlevé le 16 juillet courant, par M. Huguier, à une jeune fille placée dans les salles de médecine de l'hôpital Beaujon.

Voici comment M. Gubler décrit cette tumeur :

Le kyste, mince, sensible, transparent, facile à déchirer, est chargé à l'extérieur de quelques lobules du tissu adipeux sous-cutané; intérieurement il est taché de noir dans la partie qui correspondait à la profondeur du membre, et reçoit en ce point quelques vaisseaux sanguins de petit calibre qui s'irradient dans sa paroi. Des tractus du kyste pénètrent dans l'épaisseur de la masse solide incluse. Celle-ci, arrondie du côté de sa partie profonde, où elle est recouverte d'un enduit noir semblable à celui qui tapisse le fond de la cavité cystique, est irrégulièrement mamelonnée du côté sous-jacent à la peau, et présente en outre sur un point de son contour deux lobules surajoutés en forme d'appendice.

La substance qui compose cette masse s'éloigne par ses caractères de toutes les productions décrites; elle est d'un blanc jaunâtre, d'une structure sèche, cassante, fibroïde, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle du vieux bois ou de l'agaric blanc des officines (*polyporus laricis*). Les parcelles qu'on en détache ressemblent à de la sciure de bois; mais avec quelque précaution, on peut en emporter de plus longues, comme des fibres ou des colonnettes. Çà et là de petits trajets d'un rouge-clair nous indiquent des prolongements de la membrane vasculaire du kyste.

Par la dessiccation, cette matière, d'apparence ligneuse, prend une couleur d'un blanc de céruse assez pur, en gardant la friabilité du bois pourri; elle est élastique, se laisse difficilement écraser, et sa légèreté spécifique contraste avec son apparence calcaire. Traitée par l'acide

acétique concentré, elle laisse dégager d'abord un très-petit nombre de bulles, qui ne sont peut-être autre chose que de l'air emprisonné dans ses interstices. En tous cas, si elle renferme des carbonates terreux, la proportion en est assurément très-faible.

Soumise à l'ébullition pendant cinq à dix minutes dans l'acide acétique cristallisable, elle n'est pas sensiblement attaquée, mais elle se ramollit promptement, et prend la consistance gélatineuse dans l'acide sulfurique bouillant, qu'elle colore en noir rougeâtre. Elle disparaît tout entière dans une solution concentrée et bouillante de potasse caustique. Enfin l'iode la colore en brun foncé.

L'examen microscopique y révèle des particularités curieuses. Au premier abord, on ne voit nager dans l'eau ajoutée à la préparation que des débris sombres et informes; mais, si l'on attend que la macération ait séparé davantage les éléments, et si l'on favorise cette désagrégation par diverses manœuvres, on ne tarde pas à distinguer des cellules de formes variées, souvent bizarres, qui toutes ont ceci de commun qu'elles offrent un aspect sombre et des contours fortement accusés par suite d'une grande réfringence, intermédiaire, par exemple, entre celle des matières albuminoïdes et celle des corps gras. Il est facile d'en distinguer deux espèces entièrement différentes; quelques-unes sont arrondies, ovoïdes, ou obscurément polyédriques, et chargées d'une multitude de granulations noires qui en occupent la cavité.

Un point clair, placé au milieu de chaque cellule, indique la position du noyau.

Ce sont là des cellules pigmentaires dont il paraît n'exister que de rares échantillons dans l'épaisseur de la masse, mais qui en revanche constituent à elles seules le tissu noir signalé sur la face interne du kyste et la partie contiguë de la masse incluse.

D'autres cellules, toujours aplaties, comprimées, au moins dans un sens, et munies de prolongements acérés, sont d'ailleurs très-irrégulières. Tantôt ellipsoïdes, fusiformes, fibroïdes; tantôt, au contraire, larges, arrondies ou difformes. Ces cellules sont moins foncées que les précédentes, moins granuleuses; leur noyau est effacé ou manque complétement; leur paroi, souvent striée et même plissée longitudinalement, les fait paraître ratatinées et flétries.

La plupart sont munies d'appendices longs et aigus, rayonnant en différents sens dans celles qui sont arrondies, un peu divergents; parallèles ou fastigiés et prolongeant les deux extrémités dans celles qui sont fusiformes ou quasi linéaires. Ces appendices, au nombre de deux,

trois et jusqu'à cinq ou six à chaque extrémité, sont fermes, rigides même, et ne se laissent jamais ployer par les courants liquides, comme le font les filaments mous des éléments fibro plastiques. Ils donnent, suivant leur nombre et leur disposition, aux cellules qui les portent, la forme d'un pinceau grossier, d'un œuf de raie, d'un peigne à double rangée de dents, etc. Lorsqu'ils sont très nombreux, ils pourraient inspirer l'idée qu'on a affaire à deux ou plusieurs cellules agglutinées.

La présence simultanée de plusieurs noyaux pourrait établir une présomption en faveur de cette hypothèse, mais le défaut de transparence des parois, l'état indécis ou l'absence complète de noyaux, nous privent de ce moyen de vérification, et, si l'on ne tient compte que de l'impossibilité d'arriver, soit mécaniquement, soit par des agents chimiques, à dissocier en plusieurs cellules ces éléments à extrémités multifides, on sera conduit à penser qu'un seul élément histologique peut ainsi se diviser en cinq ou six laciniures terminales.

Outre ces éléments isolés, le champ du microscope est rempli par des débris de tissu morbide, des sortes de fascines d'un aspect noir, fortement striées, terminées par les extrémités acérées de cellules fibroïdes. On y trouve aussi un certain nombre de cristaux de cholestérine en lames rhomboïdales, brisées ou entières, des globules huileux et de petits amas de corpuscules moins régulièrement sphériques, mais reconnaissables pour de la matière grasse à leur grande réfringence, et d'une consistance demi-solide ; on dirait d'une substance intermédiaire entre la graisse liquide des globules et les cristaux de cholestérine. Enfin, une multitude de granules moléculaires nagent dans le liquide.

Il reste maintenant à déterminer :

1° La nature de ces éléments histologiques spéciaux;

2° L'espèce d'organe composé que leur agrégat représente;

3° L'appareil dans lequel ils se sont produits.

D'abord il est difficile de reconnaître dans les cellules laciniées ou fimbriées de l'épithélium durci et déformé par corrugation ; leur résistance à l'action prolongée de l'acide acétique concentré et bouillant les assimile au contraire aux éléments des cornes ou bien à ceux des poils. Le siége du kyste au voisinage de la peau s'accorde également avec l'une et avec l'autre de ces interprétations ; mais l'existence d'une couche de cellules pigmentaires au fond de la tumeur doit faire conclure en faveur des éléments pileux.

Toutefois, la réunion de ces cellules ne saurait représenter un bulbe pileux hypertrophié, car elles ne sont pas intimement unies et ne constituent pas un ensemble organique. Il n'en est pas moins vraisem-

blable que ces éléments ont pris naissance dans un des nombreux follicules pileux cutanés.

En conséquence, cette tumeur appartiendrait à la classe des kystes préexistants de M. Cruveilhier, si largement accrue dans ces derniers temps par plusieurs membres de la Société de chirurgie, entre autres par MM. Huguier, Giraldès et Verneuil. Et si l'on désignait les éléments des poils sous le nom de *pilicelles* (*pilus*, poil, et *cella*, cellule), on pourrait appeler les tumeurs de ce genre *kystes pilicellaires*.

M. VERNEUIL. La pièce présentée par M. Gubler m'en rappelle une qui m'a été remise par M. Richet, et qui existait sur le milieu de la paupière supérieure. Pendant l'opération, la tumeur se vida en grande partie ; la matière qui s'échappa ne saurait être mieux comparée qu'à de la sciure de bois mêlée à une autre substance et renfermant quelques parties solides.

Cette substance, examinée au microscope, se présentait sous la forme de masses que je ne saurais mieux comparer qu'à des fagots épineux. En dissociant ces masses rameuses, on remarquait des cellules avec de nombreuses granulations, ce qui leur donnait un aspect noir apparent surtout à la limite des parties molles et dures.

Je crois donner une juste interprétation de ces faits en les considérant comme de simples hypertrophies, des glandes sudoripares dans lesquelles les cellules condensées et aplaties sont, pour ainsi dire, nécrosées. Je ne voudrais pas être trop affirmatif, mais je crois cette manière de voir très-admissible.

J'ai déjà rencontré une tumeur de même nature sur la partie antérieure de la poitrine.

M. RICHET. La pièce de M. Gubler m'a déjà été présentée hier, et après un premier examen, j'ai déclaré qu'elle avait la plus grande analogie avec celle dont vient de parler M. Verneuil. Je n'ai rien à ajouter aux détails microscopiques qui ont été donnés par notre collègue, mais je fournirai quelques renseignements qui me paraissent intéressants au point de vue clinique.

Avant d'être soumis à mon examen, le malade avait été opéré une première fois par incision et cautérisation ; mais la maladie n'avait pas tardé à se reproduire. Quand j'examinai, je crus à l'existence d'un corps étranger, et je fis l'opération avec cette conviction.

Une seconde récidive a eu lieu, et j'ai dû faire une nouvelle opération.

Je ferai remarquer que, contrairement à ce qui avait lieu dans le

cas de M. Gubler, la tumeur existait sur une région absolument dépourvue de poils.

M. FOLLIN est très-disposé à ne voir dans la tumeur de M. Gubler qu'une accumulation dans un kyste de cellules épidermiques. Le dépôt d'une certaine quantité de matière calcaire en fait de véritables cornes qui, en détruisant le kyste, auraient pu faire saillie à l'extérieur.

Laurence et plus récemment M. Lebert ont déjà décrit les tumeurs dont viennent de parler MM. Verneuil et Richet : c'est aux angles externes et internes des paupières qu'on les rencontre surtout. Si on se contente de les ouvrir et de les cautériser, il y a récidive. Elles contiennent une espèce de mastic, et ont des parois très-épaisses. Elles ont pour origine un follicule pileux avec hypertrophie des nombreuses glandes sébacées qui existent de chaque côté du poil. Ces glandes sécrètent une matière qu'on ne peut mieux comparer qu'à une sorte de mastic.

En résumé, dit M. Follin, la tumeur de M. Gubler n'est pas dermoïde comme celle dont a parlé M. Verneuil.

M. CHASSAIGNAC voudrait savoir si la première impression de M. Gubler n'a pas été que la matière contenue dans la tumeur était formée par de la cholestérine. Il a récemment enlevé de la jambe d'une jeune fille une tumeur que de prime abord il avait crue formée par cette substance ; mais M. Robin n'a pas tardé à le détromper à ce sujet.

M. JARJAVAY, ayant recueilli six observations de la nature de celles dont il vient d'être parlé, demande à la Société de vouloir bien lui réserver la parole pour la prochaine séance, se proposant d'en faire l'objet d'une communication spéciale.

M. VERNEUIL a eu occasion d'examiner une pièce présentée par M. Denonvilliers ; elle était surtout constituée par des colonnettes juxtaposées, qui ne ressemblent en rien à la pâte que renferme la tumeur présentée par M. Gubler.

Quant aux kystes des paupières dout on a parlé, ils sont constitués par un état anatomique d'un autre ordre. La tumeur de M. Richet n'a aucune analogie avec ces kystes.

Il y a aussi deux espèces de tumeurs, les sébacées et les pileuses. Les cornes et le magma homogène ne sont pas semblables à la tumeur de M. Gubler.

M. RICHET fait observer que le siége de la tumeur a une grande importance pour le diagnostic. Celles qui occupent le milieu de la

paupière ont une grande mobilité ; celles dont a parlé M. Follin existent, au contraire, vers l'angle externe ou interne des paupières, et elles sont très-adhérentes par leur base. Ce sont là des caractères cliniques importants.

M. GUBLER. Trois opinions se sont produites quant à l'élément anatomique qui a été le point de départ de la tumeur que je mets sous les yeux de la Société. On a parlé des follicules pileux, des follicules sébacés et des glandes sudoripares.

Je répondrai d'abord à un argument qui a été présenté, en rappelant qu'il peut y avoir des tumeurs pileuses dans une région où il n'y a pas normalement des poils. Les caractères des éléments histologiques ont pour moi beaucoup de valeur, et ceux qui appartiennent aux poils sont des plus tranchés. L'acide acétique, par exemple, est sans action, et c'est ce qui avait lieu dans mon observation. J'insiste aussi sur la couche de matière pigmentaire qui existait particulièrement sur la partie profonde du kyste.

La suite de cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— M. DEPAUL met sous les yeux de la Société une pièce d'anatomie pathologique relative à une oblitération congénitale de la fin de l'intestin grêle.

Une femme primipare, âgée de vingt-deux ans, accoucha le 6 de ce mois, un peu avant terme, d'un enfant qui ne pesait que 2,600 gram., mais qui ne présentait à l'extérieur aucun vice de conformation. Il refusa de prendre le sein. Deux cuillerées à café de sirop de chicorée furent données et vomies peu de temps après avec des matières jaunâtres. Ce ne fut que trente-six heures après sa naissance qu'il commença à teter; mais quelques minutes après il vomit le lait et des matières verdâtres.

Un lavement d'eau de guimauve ne pénétra qu'en très-petite quantité. Une sonde fut introduite dans le rectum, et ne put remonter qu'à 8 ou 10 centimètres.

Pendant quelques jours encore, cet enfant teta de temps en temps, quoique avec répugnance et en petite quantité, et toujours il vomit peu d'instants après tout ce qu'il avait ingéré, et de plus des matières jaunâtres ou verdâtres. Puis il ne voulut plus rien prendre; il s'affaiblit petit à petit, maigrit d'une manière sensible, et enfin il succomba dix jours après sa naissance.

Malgré les nombreux lavements qui furent administrés, il ne sortit par l'anus que quelques petits fragments de mucus transparent et d'un jaune grisâtre.

A l'autopsie, on constata une oblitération complète des trois derniers centimètres de l'intestin grêle, qui se termine par un cul-de-sac volumineux rempli de gaz et d'une matière liquide de couleur jaune. L'intestin grêle est d'ailleurs beaucoup plus volumineux que d'habitude dans toute son étendue. La partie oblitérée se présente sous la forme d'un petit cordon comme fibreux, allant du cœcum à l'ampoule terminale de l'intestin grêle. Le gros intestin occupe sa place habituelle, ne contient absolument rien et offre à peine le calibre d'une petite plume de corbeau. Le cœcum se distingue par un petit renflement et par son appendice vermiculaire.

Ce fait, ajoute M. Depaul, m'a paru digne de fixer l'attention de la Société. Il confirme une opinion que j'ai cherché à faire prévaloir dans une autre circonstance devant elle; à savoir, que dans un très-grand nombre de cas, la méthode de Littre est préférable à celle de Callisen, en ce sens qu'avec elle on est toujours sûr d'atteindre une des portions de l'intestin qui se trouvent au-dessus du rétrécissement, tandis que par la méthode de Callisen on s'expose, dans un certain nombre de cas, à faire une opération inutile.

Les oblitérations de la fin de l'intestin grêle ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Pour mon compte, c'est le quatrième exemple que je rencontre depuis trois ou quatre ans; et dans trois de ces cas j'ai eu recours à la méthode de Littre, qui m'a toujours permis de trouver avec facilité et d'ouvrir l'ampoule terminale de l'intestin grêle.

M. HOUEL pense que ce genre d'oblitération doit être rare; car il a fait de nombreuses recherches dans les auteurs, et c'est à peine s'il a pu en réunir huit exemples, en y comprenant les trois cas déjà publiés par M. Depaul.

M. BROCA demande comment, après l'incision des parois abdominales, on se guide pour reconnaître l'extrémité inférieure de l'intestin grêle.

M. DEPAUL répond que cette partie vient pour ainsi dire se présenter d'elle-même à l'ouverture qui a été pratiquée; et dans les cas où cela n'aurait pas lieu, il suffirait, en déroulant les anses intestinales qu'on a sous les yeux, de suivre celle dont le volume va progressivement en augmentant, pour arriver à l'ampoule indiquée.

— M. CHASSAIGNAC présente un malade qui a un épanchement assez considérable dans l'articulation du genou. De plus, sous la peau qui recouvre la partie antérieure et inférieure du fémur du même côté, on sent un corps dur et très-mobile, long d'environ 2 centimètres e

demi, et qui a la consistance du tissu osseux. La pression qu'on exerce sur lui est très-douloureuse.

M. Chassaignac ne doute pas que ce corps dur ne soit un fragment osseux arraché il y a deux mois et demi à l'occasion d'une entorse de ce genou.

En effet, ce jeune homme, ayant le pied pris entre deux établis, fit un violent effort pour se dégager, et le genou, qui ne reçut aucune contusion directe, fut soumis à un tiraillement des plus violents.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Depaul.

Séance du 27 juillet 1859.

Présidence de M. Marjolin.

La parole est donnée à M. Maurice Perrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui met sous les yeux de la Société un militaire atteint d'après lui d'une luxation de l'articulation coxo-fémorale, luxation que le malade produirait et réduirait à volonté. Voici les détails de cette intéressante observation :

Luxation traumatique suivie de luxation volontaire du fémur droit. — Remarques au sujet des luxations volontaires du fémur.— C... (Jean-Louis), âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, est entré le 28 mai 1859 au Val-de-Grâce, dans le service de mon collègue et ami M. Ludger-Lallemand, en apparence pour s'y faire traiter d'une affection fébrile légère. Après un traitement de quelques jours, le malade appela pour la première fois l'attention sur une infirmité qu'il avait depuis longtemps, et que M. Lallemand reconnut pour être une luxation du fémur produite à volonté par la contraction musculaire.

M. Ludger-Lallemand, sur le désir que je lui exprimai de recueillir ce fait insolite, voulut bien me confier ce malade, et voici ce que m'ont appris plusieurs examens minutieux.

C..., jusqu'à l'âge de dix ans, a joui d'une santé parfaite. Fort grand pour son âge, il n'a jamais ressenti aucune douleur, aucune faiblesse dans le membre abdominal droit, et particulièrement au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

A dix ans, ce jeune garçon fit une chute de cheval dans des conditions telles que sa jambe droite, engagée entre les flancs du cheval et une pièce du harnais, fut maintenue pendant la chute dans une adduction forcée. Commotion cérébrale avec perte de connaissance. Luxation du fémur diagnostiquée par le médecin du village et réduite le lendemain de l'accident. Trois aides furent indispensables pour pratiquer l'extension et la contre-extension. Ces détails sont restés si précis dans la mémoire de ce jeune homme, qu'il n'est guère possible de les révoquer en doute. A la suite de cet accident l'enfant garda le lit pendant un mois ou six semaines, la cuisse étant parfaitement et sans grand effort maintenue en place. On permit ensuite l'usage modéré du membre, quelques petites promenades, pendant lesquelles la marche fut encore mal assurée, l'articulation coxo-fémorale un peu douloureuse, mais pendant lesquelles la tête du fémur se maintint dans la cavité cotyloïde. Bref, tout annonçait la guérison, lorsqu'un mois après environ, à l'occasion d'un faux pas, sa luxation se reproduisit. La réduction fut faite par le médecin tout seul et sans effort; mais malgré tous les moyens de contention, un repos au lit, la tête fémorale quittait la cavité de réception sitôt que le membre était abandonné à lui-même et à l'occasion du moindre mouvement. A cette époque, la luxation se reproduisait avec le bruit caractéristique que l'on perçoit aujourd'hui, mais elle ne se réduisait pas d'elle-même; il fallait une certaine pression, un *refoulement* de la région trochantérienne en dedans et en avant.

Avec l'indifférence traditionnelle des habitants de la campagne, on se lassa bien vite de tout traitement, et l'enfant abandonné à lui-même grandit en supportant vaille que vaille une infirmité qui rendit la marche douloureuse pendant les premiers mois, fatigante et mal assurée en tout temps, et que nous retrouvons aujourd'hui aggravée plutôt qu'améliorée.

Voici ce que l'on observe à l'examen du malade :

Voici ce que l'on observe à l'examen du malade :

Sujet debout, vu de face antérieurement. — Le développement physique s'est fait d'une manière régulière; les deux cuisses ont le même volume. Le tronc est incliné latéralement, de façon à rapprocher le centre de gravité de l'axe du membre abdominal gauche. Dans l'attitude habituelle, la cuisse droite présente, au niveau de la région trochantérienne, une saillie exagérée, et de plus elle est portée dans une adduction telle que le condyle interne du fémur vient faire effort contre la partie supérieure du condyle interne du côté opposé. Si on cor-

rige cette attitude vicieuse, toute déviation disparaît, mais seulement pendant la durée de l'effort que le malade est obligé de faire. A la mensuration, les deux membres abdominaux ont la même longueur.

Si on examine de face et en arrière, on remarque une double courbure dans la région lombaire de la colonne vertébrale. L'une, latérale, à peine sensible, et accusée par une légère convexité à droite; l'autre, antéro-postérieure, plus prononcée et révélant une inclinaison du bassin en avant. La flèche de l'arc formé par cette courbure mesure 0,037. Rien de particulier dans la saillie des fesses, sinon que la gouttière post-trochantérienne est plus accusée du côté droit.

La marche présente un phénomène bien digne de remarque. A chaque pas, et au moment où le centre de gravité se porte vers l'articulation coxo-fémorale droite, le fémur semble glisser de bas en haut et se rapprocher de la crête iliaque, et le trochanter forme un relief considérable.

La cuisse gauche, au contraire, se place dans une position demi-fléchie pour recevoir à son tour le poids du corps et compléter le pas. Mais en observant avec attention, et surtout en portant la main sur la région trochantérienne, on reconnaît bien vite que l'élévation apparente du fémur est le résultat d'un mouvement de bascule du bassin sur la tête fémorale droite, comme cela arrive dans la claudication provoquée par l'inégalité des membres abdominaux. On conçoit alors pourquoi la cuisse gauche, qui est aussi longue que la droite, se place dans la flexion pour s'accommoder à l'inclinaison du bassin. Ce mécanisme singulier de la marche s'accentue encore davantage par une inclinaison latérale en sens inverse de la colonne vertébrale. Ajoutons que la marche ne cause aucune douleur.

Si on prie le malade de produire la luxation, il pourra s'y prendre de deux manières, mais qui toutes deux concourent au même but; placer le membre dans une adduction prononcée: ou bien la cuisse droite prend un point d'appui sur le sol, reste immobile, et alors le bassin s'incline suivant le mécanisme indiqué plus haut; ou bien le corps repose sur la jambe gauche, et la cuisse droite est portée directement dans l'adduction forcée; dans l'un comme dans l'autre cas, cette première disposition étant prise, survienne un effort approprié, et la tête sort, en faisant entendre, même à distance, le bruit si caractérisé et si connu qui accompagne la réduction d'une luxation. On peut alors constater la plupart des signes qui appartiennent à la luxation du fémur en arrière : la cuisse est maintenue dans une adduction forcée, attitude produite non point par un déplacement du membre

qui est immobilisé, mais par une forte inclinaison latérale du bassin. A la mensuration pratiquée, le sujet étant debout, seule position dans laquelle la déformation se maintienne pendant un temps suffisant, on trouve un raccourcissement de $0^m,035$, qui ne saurait être attribué, au moins en notable partie, à l'abaissement du bassin, car le tronc reste dans la verticale. La saillie du trochanter est exagérée et portée en arrière. Toutefois, si la luxation se produit la cuisse étant libre, c'est-à-dire suivant le deuxième mécanisme que j'ai indiqué plus haut, il ne se produit aucun mouvement de rotation apparente. Enfin, chose plus singulière, l'examen du malade doit être rapide, car, à mesure que l'effort musculaire qui a produit la luxation s'épuise, les signes de la déformation s'effacent, et bientôt la tête rentre sans bruit et sans secousse. L'absence apparente de rotation du membre me paraît résulter de ce que, dans le cas actuel, c'est moins la cuisse qui se luxe sur le bassin que le bassin sur la cuisse; et cela est si vrai que, dans le décubitus dorsal, quand le bassin est à peu près immobile, la luxation se produit difficilement et se réduit instantanément, malgré les efforts du malade. Ce mode de production exceptionnel, et dans lequel c'est principalement le bassin qui se dévie, doit singulièrement rendre obscurs, on le conçoit, les signes habituels de la luxation du fémur.

Mais la circonstance qui m'a préoccupé le plus dans l'étude de ce fait bizarre, dont tous les détails sont d'une analyse si difficile, c'est la fugacité des signes de la luxation : la tête du fémur sort de la cavité cotyloïde par un effort musculaire, mais elle rentre d'elle-même et à l'insu du malade. Je chercherai à rendre compte de cette particularité dans les quelques remarques dont je ferai suivre cette observation.

J'ajoute enfin que rien dans ces troubles fonctionnels n'autorise à admettre l'existence, à une époque antérieure ou actuelle, d'une affection organique quelconque des parties constitutives de l'articulation coxo-fémorale.

Remarques. — La rareté et l'intérêt du fait qui se présente feront accueillir favorablement, je pense, les minutieux détails dans lesquels je suis entré. La science ne possède encore, du moins à ma connaissance, aucune observation relative à une affection semblable survenue à la suite d'une luxation traumatique de la hanche. On rencontre bien quelques faits isolés de luxation du fémur par effort musculaire, mais la plupart se trouvent à l'état de simple mention, manquant de détails scientifiques qui permettent de les étudier et de les contrôler : il sera bien facile de s'en convaincre, du reste, par l'analyse rapide de ceux que j'ai pu recueillir.

Portal dit qu'étant étudiant il vit à Montpellier un abbé de Saint-Benoît qui se luxait le fémur à volonté (1). Pas de détails.

On trouve dans une note de l'ouvrage de Humbert (2) l'exhibition, sous une forme peu sérieuse, de deux faits qui paraissent se rattacher aux luxations volontaires du fémur.

« Un chirurgien des environs de Troyes jouit depuis son enfance de la faculté de se luxer la cuisse en haut et en dehors. Il la réduit avec la même facilité, et la rentrée de l'os s'accompagne d'un bruit.... » Cette infirmité « ne nuit en rien à la solidité de la jointure. »

Vient ensuite une anecdote assez plaisamment racontée, mais dans laquelle tout se résume en cette courte notion : Homme adulte, ayant la faculté de se luxer le fémur en haut et en dehors; raccourcissement du membre d'un pouce et demi pendant la luxation. Cet homme faisait rentrer son fémur avec un *cloc* des plus distincts et le luxait à volonté.

On trouve dans le même ouvrage, mais cette fois dans le texte, l'observation d'une petite fille ayant un relâchement de l'appareil ligamenteux tel qu'à huit ans elle avait une luxation double de la hanche en haut, luxation qui se réduisait d'elle-même, et avec le bruit caractéristique, quand on suspendait l'enfant par les bras.

Dans une des séances de la Société des chirurgiens de Londres (3), M. Stanley, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, mentionne sans détails suffisants six exemples de luxation par effort musculaire, et attribués par l'auteur soit à un relâchement ligamenteux, soit au vice rhumatismal.

Un seul présente quelque intérêt (obs. IV). Il s'agit d'une luxation de ce genre survenue six semaines après une chute, et dont l'examen nécroscopique put être fait. Il révéla que tout était intact, mais que la capsule était assez relâchée pour permettre à la tête du fémur de sortir complétement.

A la suite de la communication de M. Stanley, M. Coulson (4) cita l'exemple d'un homme bien portant qu'il a connu, et qui pouvait se luxer les deux cuisses à volonté et les remettre sans difficulté. Il explique le fait par l'allongement des ligaments, et il s'est assuré (il eût

(1) *Cours d'anatomie*, t. I, p. 471.

(2) *Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées de la cuisse*, p. 35.

(3) Trad. dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1841, p. 104.

(4) Ibidem, *Gaz. des Hôp.*

été intéressant de savoir comment) que le ligament rond était susceptible d'un grand allongement.

M. Jolly (1) dit aussi avoir vu un homme qui pouvait se luxer les deux fémurs et les réduire aussitôt.

M. Stanley (2) ajoute aussi avoir connu lui-même un homme qui se luxait le fémur à volonté.

Astley Cooper dit avoir reçu (3) du docteur Brindley l'histoire d'une luxation du fémur que le malade, âgé de cinquante ans, pouvait produire à volonté et réduire de même.

Enfin, M. Chassaignac présenta à la Société de chirurgie (4) un saltimbanque chez lequel existait à un très-haut degré un affaiblissement congénital, et acquis par des manœuvres immodérées du système ligamenteux. Dans cet exemple remarquable à plusieurs autres points de vue parfaitement mis en lumière par M. Chassaignac, il existait une double luxation du fémur en haut et en dehors, et la faculté de convertir les luxations iliaques en luxations ischiatiques.

Voilà en tout quinze cas dans lesquels le fait strict de luxation volontaire du fémur s'est présenté, mais il faut bien avouer qu'ils ne sont guère propres à jeter de la lumière sur le fait qui nous occupe.

Les uns se résument dans une simple assertion, et n'ont d'autre valeur que l'affirmation d'un fait sans contrôle; les autres sont des affections congénitales existant aux deux cuisses, rattachées comme manifestations secondaires à un développement organique incomplet; quelques-unes seulement paraissent indiquer, plutôt que démontrer, qu'en dehors de la coxalgie, certaines affections de l'appareil ligamenteux, de la synoviale, d'origine spontanée ou traumatique, peuvent être suivies, bien que rarement, de luxations volontaires.

L'observation qui précède présente sous un jour nouveau la question encore si obscure, si peu étudiée des luxations volontaires du fémur. Elle démontre qu'en dehors de toute disposition congénitale, de toute affection organique antérieure de la jointure, une luxation traumatique, même quand il s'agit d'une articulation aussi profonde que la hanche, peut amener à sa suite une tendance au déplacement des surfaces articulaires telle qu'il en résulte une véritable luxation à volonté.

(1) Ibidem, *Gaz. des Hôp.*

(2) Ibidem, *Gaz. des Hôp.*

(3) *Traité des luxations*, trad. de MM Chassaignac et Richelot, p. 3.

(4) Séance du 28 janvier 1853.

Voici, du reste, comment il est possible de se rendre compte des choses : au moment de l'accident, la capsule fémorale, bien qu'assez étendue normalement, est inévitablement déchirée du côté où se produit la luxation, c'est-à-dire, pour le cas présent, du côté externe. A moins de violence extrême, la partie de la capsule opposée à la rupture reste intacte et dans un certain état de tension.

La luxation une fois réduite, la capsule tend à se cicatriser aux dépens des tissus environnants ; mais ce travail de restauration exige un temps déterminé. Si un mouvemeut intempestif vient présenter trop tôt la tête de l'os au niveau de la brèche, cette sorte de capsule adventive, trop faible pour résister dans un moment où déjà toute irritation locale a disparu, où l'activité réparatrice qui en est la conséquence est épuisée, se laissera déprimer, refouler, de façon à donner comme résultat définitif, surtout par la reproduction fréquente des mêmes mouvements, une cavité hétérogène, irrégulière, constituée du côté du squelette par la cavité cotyloïde et une portion de la fosse iliaque, du côté des parties molles par les débris de l'ancienne et vraie capsule et les tissus de nouvelle formation qui la complètent.

Cette interprétation, empruntée à la physiologie pathologique des fractures non consolidées à la suite des mouvements prématurés, conduit à admettre un certain allongement irrégulier et permanent de la capsule, assez étendu obliquement pour permettre à la tête fémorale de se porter de la cavité cotyloïde vers la fosse iliaque. Les choses étant ainsi disposées, que doit-il se passer ? La tête du fémur, qui n'est plus maintenue, s'échappe d'abord de temps à autre de sa cavité, à l'occasion d'un effort approprié un peu violent ; elle vient arc-bouter contre la face externe du sourcil cotyloïdien qui fait obstacle à la réduction, tandis que la partie restée saine de la capsule tend à la produire. C'est ce qui explique si bien pourquoi, dans les premiers temps, notre jeune homme était obligé de refouler le trochanter en avant et en dedans pour obtenir la réduction. Mais par la reproduction de plus en plus fréquente du même accident, il est arrivé ce qui arrive toujours en pareille circonstance : usure mécanique des os et accommodation de leurs surfaces réciproques : d'où, on le comprend facilement, tendance très-grande au déplacement, facilité plus grande encore de la réduction : d'où aussi modification profonde apportée aux signes qui caractérisent habituellement les luxations. Enfin, si on se rappelle que le déplacement ne peut se produire sans que les parties ligamenteuses restées intactes soient dans un état de tension considérable, on aura l'explication de ce phénomène insolite, con-

tradictoire presque, quand il s'agit de luxation ; je veux parler de la réduction spontanée immédiatement après la cessation de tout effort.

La facilité avec laquelle s'est reproduit l'accident pouvait faire croire à une ancienne luxation compliquée de fracture du sourcil cotyloïdien. Mais dans les exemples assez rares de luxation compliquée de fracture, la luxation très-facile à réduire se maintient très difficilement réduite. Rien de semblable n'a eu lieu. La luxation, assez difficilement réduite d'abord, puisqu'il a fallu le concours de trois aides, a été très-facilement contenue jusqu'à ce qu'une cause productrice nouvelle soit venue changer ses conditions d'existence.

Avec une telle disposition organique, il paraît évident que l'articulation coxo-fémorale ne puisse pas supporter tout le poids du tronc à un moment donné ; aussi, dans la marche, ainsi que nous l'avons dit, le bassin s'incline-t-il fortement à gauche chaque fois que le centre de gravité se porte du côté droit.

Quelle que soit, du reste, la valeur accordée à cette interprétation, l'enseignement qui résulte du fait en lui-même peut être formulé dans les trois propositions suivantes :

1° La luxation du fémur volontaire ou par contraction musculaire doit être inscrite désormais au nombre des accidents consécutifs aux luxations coxo-fémorales.

2° S'il est permis de tirer quelque déduction d'un fait isolé, cet accident, contrairement à l'avis de M. Malgaigne, exprimé du reste d'une façon dubitative, constitue une infirmité grave qui rend la marche fatigante, difficile même.

3° Il est indispensable de condamner pendant longtemps au repos les articulations qui ont été le siége d'une luxation, surtout quand il s'agit des membres inférieurs.

Une discussion s'engage sur la communication de M. Perrin.

M. MOREL-LAVALLÉE demande si après la production de la luxation on sent quelque part la tête fémorale sortie de sa cavité. Il voudrait savoir également si, pendant ce temps, il y a allongement du membre et s'il change d'attitude.

M. PERRIN répond qu'il a constaté un raccourcissement de 35 millimètres, et que la tête du fémur est très-manifestement reconnue en haut et en arrière. Au reste, tous ces détails sont consignés dans son observation.

M. CHASSAIGNAC a été frappé d'un fait qui lui paraît très-surprenant, à savoir que la pointe du pied ne subit aucune déviation lorsque le déplacement est produit.

M. PERRIN remarque que c'est en effet le seul signe de luxation iliaque qui manque ; il en a été frappé comme M. Chassaignac, mais il lui serait impossible d'en donner l'explication.

M. CHASSAIGNAC suppose qu'on pourrait en induire une disposition particulière du bord de la cavité cotyloïde ou de la capsule fibreuse articulaire.

M. PERRIN dit qu'il avait de son côté songé à un état particulier du rebord de la cavité, mais il n'a pu s'arrêter à l'idée d'un effacement complet. La secousse est si brusque et si forte, qu'elle entraîne nécessairement l'idée d'une cavité assez profonde existant encore.

M. MOREL, après s'être livré à un examen attentif du malade, déclare qu'il a inutilement cherché la tête du fémur. Il croit que le mouvement et le bruit qui se produisent sont dus à l'action d'un muscle qui glisse et tressaille sur le grand trochanter.

M. PERRIN. Mais comment expliquer de cette manière le raccourcissement qui existe, et que chacun peut constater ? Le choc qui se produit est si fort et si caractéristique, qu'on ne saurait comment l'expliquer autrement que par une luxation. Et d'ailleurs quel muscle existe au-devant du grand trochanter, qui puisse légitimer la supposition de M. Morel ?

M. MARJOLIN. On observe chez les petits enfants une forme de coxalgie à marche chronique, qui a pour conséquence une déformation particulière de la cavité cotyloïde. Il me semble qu'on peut établir une certaine analogie entre ces faits et celui de M. Perrin.

M. PERRIN fait remarquer que le rapprochement est impossible. Dans son observation, le point de départ a été une luxation traumatique sur un sujet bien portant jusque-là.

M. MOREL, qui, de concert avec quelques autres membres de la Société, s'est livré à un nouvel examen de ce militaire, déclare qu'il n'a pu constater un raccourcissement aussi considérable que celui indiqué par M. Perrin. C'est à peine si on trouve un centimètre. Il ne lui répugnerait pas d'admettre que la cavité cotyloïde a notablement perdu de sa profondeur. Mais il persiste dans sa première explication.

M. BOUVIER, après l'examen auquel il s'est livré, examen qui n'est peut-être pas aussi complet qu'on pourrait le désirer, ne croit pas à l'existence d'une luxation. Le raccourcissement constaté atteint à peine un centimètre, et il a vainement cherché à saisir la tête du fémur. Il ne nie pas qu'elle ne subisse un certain degré de déplacement, mais pas assez cependant pour qu'il se produise une véritable luxation. Il

ne serait pas éloigné d'admettre qu'il y a dans ce cas une laxité anormale d'une portion seulement de la capsule fibreuse.

M. PERRIN, au milieu d'assertions aussi diverses, exprime le vœu que M. le président nomme une commission qui, séance tenante, sera chargée, surtout, de vérifier ce qui est relatif à l'allongement du membre.

MM. Bouvier, Chassaignac, Morel Lavallée et Jarjavay sont désignés pour faire cet examen de concert avec M. Perrin.

— L'ordre du jour appelle la lecture du procès-verbal de la dernière séance. Il est adopté après une rectification demandée par M. Richet.

— La parole est ensuite à M. Jarjavay, qui, à l'occasion de la tumeur présentée par M. Gubler, fait la communication suivante :

M. JARJAVAY. Parmi les tumeurs que j'ai observées et qui se rapportent plus ou moins à celle qui nous a été présentée dans la dernière séance, il en est une qui était située sur la partie postérieure et supérieure du bras droit d'une jeune femme de dix-neuf ans, entrée en 1850 à l'hôpital des Cliniques. Cette tumeur, arrondie, à base large, avait 6 centimètres et demi de diamètre, et faisait une saillie de 5 centimètres. De son sommet pendait un petit mamelon d'une consistance molle et pâteuse, sans aucun changement de coloration sur la peau; mais sur le reste de la périphérie de cette tumeur on voyait des taches d'un rouge brunâtre ou rosées, au nombre de six. Elle était d'ailleurs dure au toucher. La malade s'était aperçue de sa présence dès l'âge de neuf ans; la tumeur était alors grosse comme une noisette. Au voisinage, la peau présentait tous les caractères de l'état normal. Cette tumeur ayant été enlevée, les bords de la plaie furent rapprochés en haut et en bas, au moyen de bandelettes de diachylon, et de la charpie fut placée dans le milieu de la solution de continuité. La marche de la suppuration et de la cicatrisation n'offrit rien de particulier, et la malade sortit guérie trois semaines après l'opération.

La tumeur fut coupée sur son diamètre transversal, immédiatement après l'opération. Le dessin que j'ai l'honneur de vous présenter, exécuté d'une manière remarquable par M. Lackerbauer, vous donnera une idée parfaite de la surface de la coupe.

Au-dessous de la peau est une infiltration séro-sanguinolente. En dedans du tissu cellulaire infiltré, la circonférence d'un kyste qui repose par les points qui ne sont pas du côté de la peau, sur une couche cellulo-graisseuse. A l'intérieur du kyste, on remarque, immédiatement appliquées sur sa face interne, des stalactites jaunâtres en forme de

bâtonnets juxtaposés et longs de 4 millimètres. Le reste du contenu est formé de petites masses également jaunâtres, d'une forme irrégulière, et hérissées de pointes anguleuses. Du sang est épanché dans quatre endroits différents, au milieu d'intervalles étroits qui correspondent à des espèces de cassures de la masse générale. Ce contenu ; examiné par M. Lebert et moi, renfermait de la cholestérine et des cellules épithéliales.

Un hémisphère de la tumeur ayant été brisé, la surface des solutions de continuité présenta l'aspect d'une cassure d'ardoise.

En 1855, j'ai enlevé sur un femme de trente et un ans, infirmière à l'hospice des Enfants trouvés, une tumeur qui avait son siége sur la paupière inférieure gauche, au niveau du bord adhérent de cette paupière et dans sa moitié externe. C'était une tumeur dure, blanchâtre, et qui ne causait point de douleurs. La peau incisée, j'extirpai un kyste au moyen de la pince et du bistouri, kyste qui contenait près de sa paroi des cellules épithéliales et de la cholestérine, et au centre une concrétion ovoïde, un peu chagrinée à sa surface et dure comme une pierre. Cette concrétion, que voici, a 10 millimètres dans son plus plus grand diamètre, et 5 dans son diamètre transverse. Son aspect est d'un blanc jaunâtre, comme la matière contenue dans le kyste précédent. La densité de cette dernière établit seule la différence.

Trois malades s'étaient présentés en 1850 à l'hôpital des Cliniques, ayant une tumeur sous la queue d'un sourcil. Une incision fut pratiquée au-dessus de ce dernier sur la peau, puis je procédai à l'extirpation du kyste qui formait la tumeur. Sur l'un d'eux, j'ai pu enlever le kyste sans le rompre ; je ne réussis pas sur les deux autres. Mais après avoir débarrassé les deux derniers kystes de leur contenu, je séparai la poche des parties voisines avec le bistouri. Chez les trois malades, la paroi était très-adhérente aux parties voisines, principalement au frontal. Sur un malade, ce dernier os était déprimé de manière à présenter une fossette où était logée une petite partie de la tumeur. Le volume de ces tumeurs était celui d'une petite noix ; il avait grossi peu à peu, et les malades ne se rappelaient pas l'époque de l'apparition. Le contenu de chaque kyste renfermait des cellules épithéliales ; la masse était formée d'une substance blanchâtre, analogue, pour l'aspect et la consistance, à du mortier de plâtre.

Sur chacun de ces trois malades la suppuration s'établit sans l'extension de l'inflammation au cuir chevelu, et la cicatrisation fut obtenue par seconde intention.

Enfin une jeune personne de 18 ans avait déjà été opérée deux fois

par l'incision et la cautérisation d'un kyste qu'elle portait sur la paupière supérieure près de la queue du sourcil gauche. Une récidive avait eu lieu après la seconde opération. Quand elle vint me trouver (c'était au mois de mai de l'année 1853), elle portait une tumeur du volume d'une grosse noix au-dessous de l'arcade sourcilière ; l'œil était déprimé et saillant. On voyait sur la peau la cicatrice qui avait succédé aux incisions qui avaient été faites. Nul doute que cette tumeur s'enfonçait dans l'orbite. Il était impossible de songer à aller chercher profondément dans cette cavité les parois du kyste. Je me décidai, en conséquence, à faire une incision sur la paupière et dans la direction du sourcil. Un liquide séro-sanguinolent sortit après l'incision, et bientôt après des grumeaux d'un blanc jaunâtre et comme caséeux. Une tente de charpie fut introduite dans la plaie pour empêcher l'adhésion des lèvres. Pendant huit jours il sortit à chaque pansement des grumeaux de la même nature, et j'en extrayais avec une curette. Ils étaient formés par des cellules épithéliales. Du 5e au 7e jour après l'opération, le liquide séro-purulent qui entraînait ces grumeaux était fétide. Ce ne fut que le 9e jour qu'il sortit du pus parfaitement pur. La cavité, mesurée au moyen de l'introduction d'une sonde, avait 2 centimètres de profondeur.

J'eus recours à des mèches pour déterminer une inflammation adhésive des parois. L'emploi de ce moyen dura trois mois, au bout desquels la malade me parut parfaitement guérie. Je l'ai revue en 1855, et rien n'annonçait une récidive. Cependant une de ses parentes m'a dit l'année dernière qu'une tumeur commençait à reparaître au-dessus de la cicatrice. Ce cas se rapporte à ceux dont ont parlé MM. Richet et Follin.

J'ai voulu vous rapporter ces observations à cause de leur intérêt pratique.

M. VERNEUIL revient sur l'importance qu'il y a à bien déterminer le véritable point de départ des tumeurs cutanées.

L'aspect peut être le même, et l'origine première fort différente. A ce point de vue on pourrait les diviser en kystes pileux, sudoripares, sébacés, etc.

L'origine de ceux qui existent à l'angle interne de la paupière est expliquée par M. Verneuil de la manière suivante :

A l'époque de la vie embryonnaire, où l'extrémité du renflement céphalique vient se réunir à l'extrémité des deux arcs branchiaux supérieurs, il peut se faire qu'une certaine portion du tégument soit enfermée dans le sillon profond qui se trouve entre ces deux parties.

Si la peau est simplement pincée, la tumeur n'aura plus tard que des adhérences solides aux os. Mais si le tégument s'enfonce plus profondément, il en résultera une tumeur à deux bosselures, l'une saillante à l'extérieur et l'autre dans l'intérieur du crâne. La structure de la tumeur, on le comprend, sera toujours la même.

— Après le dépouillement de la correspondance, **M. BOUVIER**, au nom de la commission désignée sur la demande de M. Perrin, rend compte du nouvel examen qui vient d'être fait.

Il déclare d'abord que sur la question d'allongement du membre il y a eu erreur de part et d'autre, ce qui s'explique par l'attitude qu'on fait prendre au malade au moment de pratiquer la mensuration.

Dans la station verticale, on trouve en effet un raccourcissement de près de 3 centimètres ; mais la commission est unanime à penser que ce raccourcissement n'est qu'apparent et dû surtout à une inclinaison du bassin.

Dans la situation horizontale le membre ne perd qu'un centimètre de longueur.

On le voit, ajoute M. Bouvier, nous sommes bien près de la négation absolue de toute luxation, et, en effet, aucun des quatre membres de la commission ne croit à son existence.

Qu'existe-t-il alors ? Sous ce rapport les opinions sont un peu différentes. On vous a déjà parlé du glissement d'un muscle sur le grand trochanter. Quant à moi, je suis très-disposé à admettre la formation d'une loge accessoire à côté de la cavité cotyloïde ; il me serait difficile de comprendre la secousse brusque, avec bruit, sans un certain déplacement de la tête fémorale.

M. Morel se demande si le grand trochanter change réellement de place ? Il ne le pense pas. D'un autre côté, la pointe du pied conserve sa direction. Le bruit entendu est produit par le glissement brusque, au-devant du grand trochanter, d'un tissu musculaire.

M. CHASSAIGNAC. C'est moi qui le premier ai expliqué le phénomène par un déplacement musculaire ; et c'est au muscle *fascia lata* qu'il faut le rapporter. J'ai déjà eu occasion de faire des expériences sur le cadavre, qui, à mon sens, confirment entièrement cette manière de voir. Je me propose de les répéter d'ici à la prochaine séance.

M. MOREL réclame pour lui la priorité de cette explication, que M. Chassaignac lui concède très-volontiers.

Fracture intra-utérine. — M. Adam Hammer, membre correspon-

dant de la Société à Saint-Louis (Missouri), adresse une observation dont M. BROCA donne le résumé suivant :

Vers le mois d'août 1857, on vint consulter M. Hammer pour un petit garçon qui était venu au monde avec une grave difformité de la jambe droite. L'enfant était âgé de dix-huit mois. Il était né d'une mère primipare, qui n'avait éprouvé aucun accident pendant sa grossesse, et qui, ainsi que son mari et le reste de sa famille, était parfaitement conformée. La jambe droite, dit M. Hammer, est d'un pouce et demi à un pouce trois quarts plus courte que la jambe gauche. Un peu au-dessus du point d'union du tiers inférieur du tibia avec son tiers moyen, l'os est courbé à angle obtus, de telle sorte que son extrémité inférieure se dirige en dedans et en arrière. Le point où se fait la courbure est notablement épaissi, comme s'il y avait un cal. La peau présente à ce niveau une cicatrice de couleur foncée, linéaire, longue d'environ un pouce, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, déprimée, enfoncée, et adhérente à l'os par sa partie moyenne, qui correspond exactement au point culminant de la courbure du tibia. L'articulation tibio-tarsienne joue librement, mais il y a une tendance évidente au valgus, et le pied repose sur le sol par son bord interne. Les deux orteils externes manquent complétement; les trois autres ont leur forme et leur dimension normales.

Les parents racontent que l'état des choses n'a pas sensiblement changé depuis le moment de la naissance, si ce n'est que la cicatrice s'est raccourcie de quelques lignes. La mère, interrogée avec soin, affirme que pendant sa grossesse elle n'a reçu aucun coup, éprouvé aucun accident; qu'elle n'a eu ni spasmes ni convulsions. L'accouchement s'est fait avec facilité, sans instruments et sans tractions.

M. Hammer, après avoir examiné l'enfant avec soin, jugea qu'il serait possible de redresser la partie inférieure de la jambe au moyen d'une opération d'ostéotomie semblable à celles que le docteur Meyer, de Würzbourg, pratiqua fréquemment dans les cas de fractures vicieusement consolidées. Les parents n'acceptèrent pas cette opération; on se borna donc à appliquer un soulier muni d'une semelle d'un pouce trois quarts. Au moyen de cet appareil, l'enfant put apprendre à marcher, et il commençait déjà à se promener au mois de décembre 1857, lorsque M. Hammer le vit pour la deuxième fois. Il était alors âgé de vingt-deux mois.

Le fait fut communiqué à la Société médicale de Saint-Louis comme un cas de fracture compliquée intra-utérine. Des doutes s'élevèrent sur l'exactitude de ce diagnostic. On émit la pensée que la fracture du tibia

et la plaie du tégument s'étaient produites sans doute au moment de l'accouchement. Mais lorsque l'enfant eut été mis sous les yeux de la Société, lorsque les parents et la sage-femme eurent été de nouveau interrogés, il fallut bien admettre que la difformité était réellement congéniale.

M. Broca, après avoir donné l'analyse de l'observation de M. Hammer, rappelle que des cas du même genre ont déjà été présentés à la Société par MM. Danyau, Houel et par lui-même, et qu'il s'est déjà élevé contre l'opinion de ceux qui veulent voir dans ces faits des exemples de fractures intra-utérines.

Ici aucune violence ne peut être invoquée: la mère n'avait fait aucune chute, elle n'avait reçu aucun coup sur le ventre. Comme toujours, dans les cas de cette espèce, il manquait des orteils (les deux externes). Notre collègue a toujours vu une absence d'orteils accompagner l'absence, soit d'une portion, soit de la totalité d'un os de la jambe, ou bien il y a une solution de continuité des os. Ces solutions de continuité sont souvent bilatérales, et siégent vers la partie inférieure de la jambe. Pour lui ce n'est pas un traumatisme qui peut déterminer de pareilles lésions, trop régulières par leur siége et leurs dispositions pour être l'effet du hasard. Elles dépendent bien plus probablement d'un développement vicieux du squelette.

M. DEGUISE fils. Après l'affirmation si positive de M. Broca, j'hésite à émettre une opinion contraire à la sienne, et cependant j'ai présenté à la Société, il y a déjà plusieurs années, un enfant que je crois avoir été atteint de fracture intra-utérine. Chez lui il ne manquait aucun orteil. La fracture existait à la partie supérieure de la jambe.

M. BROCA prie M. Deguise de s'assurer si le péroné existe du côté où avait lieu la solution de continuité.

M. HOUEL a toujours vu qu'il y avait absence du péroné, ou solution de continuité de cet os quand le petit orteil manquait, et que la même chose avait lieu pour le tibia quand il y avait absence du gros orteil. Il a noté la même corrélation au membre supérieur, entre le pouce et le radius, entre le petit doigt et le cubitus.

M. DEPAUL. M. Broca s'est déjà appuyé sur de bons arguments pour démontrer que dans les cas dont il a été parlé, on avait affaire à autre chose qu'à des fractures intra-utérines. L'absence à peu près constante d'un ou de plusieurs orteils est un fait très-important. M'étant occupé de cette question, il y a déjà un assez grand nombre d'années, j'ai pu constater d'autres détails qui doivent être pris aussi en sérieuse con-

sidération. Ainsi, dans un grand nombre de ces faits, les fractures étaient multiples, et quelquefois même en nombre considérable. Malgré la mobilité extrême qui existait, les deux fragments n'étaient pas entièrement isolés. Un lien membraneux allait de l'un à l'autre et les rendait solidaires.

Je persiste donc dans ma première manière de voir ; le mécanisme de ces solutions de continuité n'est pas celui d'une simple fracture. C'est dans une irrégularité ou un défaut d'ossification qu'il faut en chercher la véritable explication. Au reste, il est bien entendu que je ne prétends pas nier l'existence des fractures congénitales ; seulement je les crois fort rares, et je suis convaincu que la plupart des observations qui ont été publiées sous ce titre doivent être rapportées à un état pathologique très-différent.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN demande si dans le cas de M. Hammer on a mesuré la longueur des deux membres inférieurs, et s'il y en avait un plus long que l'autre. Il pense que la constatation de ce fait pourrait servir à juger la question d'origine qui est actuellement en litige.

M. BROCA répond que dans l'observation qu'il vient de communiquer, le membre déformé était plus court que l'autre.

M. CAZEAUX, chargé de faire un rapport sur un pessaire de M. Richard (de Toulouse), auquel l'inventeur a cru devoir donner son nom, déclare que, n'ayant pas trouvé dans la communication de ce confrère les éléments d'une discussion scientifique, il se borne à proposer le dépôt aux archives.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 3 *août* 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Avant la lecture du procès-verbal la parole est donnée à M. Chassaignac, qui fait la communication suivante :

Une jeune femme de vingt et quelques années, d'une bonne constitution, et qui, à l'âge de seize ans, avait déjà eu un enfant, est entrée dans mon service, ne se plaignant que d'éprouver des douleurs assez vives dans les rapprochements sexuels, et demandant une opération quelconque pour remédier à cet état.

En explorant les organes génitaux, on constate à l'entrée du vagin une bride qui a ceci de particulier, qu'elle paraît verticalement dirigée dans sa partie supérieure, tandis qu'elle semble transversale dans sa partie inférieure ou vulvaire.

Quoi qu'il en soit, elle donne lieu à deux ouvertures vaginales bien circonscrites, d'égale grandeur à peu près, et par lesquelles le doigt peut indistinctement s'engager et atteindre le col utérin. Mais avant d'arriver à ce dernier organe, l'extrémité du doigt, en se recourbant, rencontre comme un nid de pigeon et passe dans la cavité voisine.

M. Chassaignac demande comment on peut expliquer un pareil vice de conformation ?

Pour débarrasser complètement cette femme et ne pas laisser des languettes saillantes, qui deviendraient gênantes, il se propose de recourir à une double section, une à la partie supérieure et l'autre à la partie inférieure.

M. DEPAUL fait remarquer que la description de M. Chassaignac laisse quelque chose à désirer, et ne permet pas de bien apprécier l'étendue verticale de cette bride ; il serait important de savoir si le cloisonnement vertical du vagin est borné à sa partie inférieure seulement, ou s'il monte très-près du col.

Dans les faits de ce genre qui sont connus, il y a des variétés nombreuses. Ainsi, dans certains cas, la bride peut n'être que le débris d'une membrane hymen anormale. C'est ce que j'ai rencontré deux fois sur des femmes en travail, chez lesquelles, pour favoriser la sortie de la tête qui était retenue comme par une corde distendue, je dus pratiquer une double incision. Quelquefois c'est une véritable cloison verticale qui règne dans toute l'étendue du vagin, adhérente à son extrémité supérieure et servant ainsi de limite médiane à deux conduits entièrement distincts, au fond de chacun desquels peut exister un col utérin, cette disposition pouvant se lier, en effet, à une bifidité plus ou moins complète de la matrice elle-même.

Dans d'autres circonstances la cloison remonte plus ou moins près du col, mais elle est libre à son extrémité supérieure, de sorte qu'une communication, variable par son étendue, existe en ce point entre les deux conduits parallèles. Ordinairement alors la matrice, qui peut être bifide dans sa partie supérieure, n'a qu'un seul col qu'on atteint par les deux vagins.

C'est ce qu'on peut voir dans une observation que j'ai publiée avec planche dans les mémoires de la Société de biologie, t. V, année 1853.

La malade qui en fait l'objet succomba à huit mois et demi de grossesse, aux suites d'une rupture utérine.

M. CHASSAIGNAC prie ceux de ses collègues que ce cas pourrait intéresser, de vouloir bien venir l'examiner avant lundi prochain, la malade devant être opérée ce jour-là.

— L'ordre du jour appelle la lecture du procès-verbal de la dernière séance : il est adopté avec une petite addition demandée par M. Morel-Lavallée.

A l'occasion du procès-verbal, **M. MOREL-LAVALLÉE** rappelle qu'à propos du malade de M. Maurice Perrin, M. Chassaignac avait cherché à expliquer le bruit et la secousse qu'on constatait par un déplacement brusque du *fascia lata*. Depuis la dernière séance, il a disséqué cette région et fait l'expérience indiquée par notre collègue. Or il a pu facilement se convaincre que ni le muscle *fascia-lata* ni l'aponévrose qui lui fait suite, ne sont pour rien dans le phénomène en question. Mais il n'en est pas de même du muscle grand fessier, dont les fibres antérieures passent au-devant du grand trochanter.

M. CHASSAIGNAC répond qu'après y avoir regardé de nouveau, il est très-disposé à admettre l'explication de M. Morel.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance, et donne lecture de la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

» Désireux d'acquérir par tous les moyens possibles une notion rigoureuse du fait sur lequel j'ai eu l'honneur d'appeler l'attention de la Société dans la séance de mercredi dernier, je me suis empressé de répéter sur le cadavre, et en suivant les indications qu'il a bien voulu m'indiquer sommairement, les expériences évoquées par M. Chassaignac à l'appui de son interprétation.

Cette interprétation, la Société se le rappelle, consiste à admettre une sorte de frottement du grand trochanter contre la face profonde du muscle tenseur de l'aponévrose, disposé au préalable, par l'attitude que prend le malade, à la façon des cordes vibrantes. Je dois avouer que ces expériences ont été complétement négatives au point de vue particulier qui nous occupe, et qu'elles n'ont fait que confirmer dans mon esprit l'idée d'une luxation volontaire du fémur.

Toutefois, dans la crainte de m'être égaré, je désire exposer en quelques mots en quoi elles ont consisté. J'ose espérer que la Société

voudra bien accueillir cette demande avec sa bienveillance habituelle.

Trois sujets d'un développement musculaire variable et chez lesquels existe la résolution musculaire, sont couchés horizontalement sur les tables de l'amphithéâtre, les cuisses rapprochées l'une de l'autre. Dans cette position on exerce des mouvements brusques de rotation de la cuisse sur son axe. Les mouvements de dehors en dedans sont presque silencieux ; les mouvements de dedans en dehors s'accompagnent, au moment où le pied est complétement renversé en dehors, d'un bruit sourd, quoique distinct néanmoins, et comparable à celui que provoque la percussion du bassin, pratiquée à travers les parties molles qui le recouvrent. Résultats identiques sur les trois sujets. Si on porte le membre abdominal dans l'adduction forcée, de façon à tendre les parties, les mouvements de rotation sont plus difficiles, moins étendus, et le choc qu'ils provoquent proportionnellement moins sensible.

La peau et le tissu cellulaire sont ensuite enlevés, de façon à mettre à nu le plan fibreux de la région trochantérienne. Cette rapide préparation nous rappelle d'abord ce que l'anatomie nous apprend, à savoir : qu'aucun muscle ne recouvre le grand trochanter, que le muscle tenseur de l'aponévrose se trouve situé à 5 centimètres du trochanter, et qu'il n'a aucun rapport avec lui, même dans les mouvements de rotation forcée du membre.

Mais, préoccupé de la pensée que l'aponévrose très-résistante de cette région pouvait jouer le rôle qui était attribué aux muscles, je préparai aux dépens de sa continuité une bande fibreuse, étendue verticalement, de la crête iliaque à la base du trochanter, et disposée de telle sorte que le trochanter, dans ses mouvements de rotation, pût se porter en avant et en arrière de ses bords correspondants (1). Les choses ainsi disposées, je répétai les mouvements de rotation sans constater rien de particulier. Je parvins même à accrocher le trochanter contre les bords de cette bride, pour provoquer une sorte de ressaut. Tout fut inutile, et je ne pus obtenir quelque chose qui rappelât même le souvenir de ce bruit si profond et si éclatant à la fois, qui existe chez notre malade.

Je divisai alors toute l'épaisseur des muscles fessiers; les mouvements de rotation devinrent plus étendus et le choc plus distinct, plus éclatant. Comme j'avais l'articulation sous les yeux, qu'elle était isolée par la section des muscles pelvi-trochantériens, je pus me convaincre

(1) De la lame aponévrotique.

directement que ce bruit sourd émanait du squelette et était causé peut-être un peu par la tension brusque de la capsule articulaire, mais surtout par le choc du bord postérieur du grand trochanter contre l'ischion; l'un et l'autre étant revêtus des parties molles qui comblent l'espace qui les sépare et rendent le choc moins éclatant.

» Les mêmes résultats, obtenus des deux côtés sur trois sujets, me permettent d'affirmer, je crois, que les expériences sur le cadavre, si elles sont légitimées par la haute approbation de la Société, paraissent de nulle valeur à l'effet de démontrer ce que peut être un claquement, un bruit de frottement musculaire. Sans revenir sur le fond de la question, elles ne font, en ce qui les concerne, qu'affermir l'esprit dans l'idée d'un bruit causé par le déplacement de la tête du fémur, que j'ai qualifié du nom de luxation.

» Toutefois, comme les mots ne doivent avoir d'autre valeur que celle de la pensée qu'ils représentent, qu'il me soit permis de donner sur ce point particulier un mot d'explication, que j'emprunte aux remarques dont j'ai fait suivre mon observation.

» Je considère comme accepté le déplacement de la tête du fémur, et ici je suis bien heureux de m'appuyer sur l'opinion d'un maître aussi éclairé que M. Bouvier. Mais que peut être ce déplacement? Ou bien la tête osseuse glisse au fond d'une cavité articulaire régulièrement agrandie, ou bien elle se porte de la cavité cotyloïde normale ou rétrécie dans une cavité accidentelle contiguë. L'agrandissement régulier de la cavité cotyloïde ne peut guère se rattacher qu'à l'existence d'une arthrite sèche, que l'âge du sujet (vingt-deux ans) n'autorise pas à admettre, ou aux progrès d'une lésion organique de l'articulation dont il n'existe ni signe ni trace.

» Autant il me paraît difficile d'admettre contre toute probabilité l'existence d'une cavité articulaire régulièrement agrandie, autant il est facile, logique, de croire à l'existence d'une surface irrégulière, constituée par la cavité cotyloïde plus ou moins modifiée, et par une surface articulaire, accidentelle, située à son côté externe et supérieur. A moins de n'accorder aucune attention aux commémoratifs, on est bien forcé d'admettre l'existence antérieure, chez ce malade, d'une luxation traumatique de la cuisse. Cette luxation, d'abord bien contenue, se r produisit sous l'influence de mouvements intempestifs réitérés, d'abord une fois, puis de temps à autre, puis tous les jours. C'est-à-dire que tous les jours la tête fémorale franchissait le rebord de la cavité articulaire. Mais de ce frottement quotidien il a dû résulter ce qui est si commun dans les luxations anciennes : usure des os, accommoda-

tion de leurs surfaces réciproques, affaissement du rebord cotyloïdien et formation d'une surface étendue, anfractueuse, dans laquelle, grâce à la rupture antérieure des ligaments, la tête du fémur se meut plus ou moins librement.

» Voilà ce que, dans ma pensée, j'ai voulu désigner sous le nom de luxation. Sans me dissimuler combien ce fait s'éloigne du type du genre, j'ai vu là une luxation, parce qu'on y retrouve le signe caractéristique de cette affection, c'est-à-dire le déplacement plus ou moins permanent des extrémités osseuses qui concourent à former une articulation.

» Agréez, etc. Maurice PERRIN. »

— La Société a reçu les numéros 8 et 9 du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, Bruxelles, 1859, in-8°; et le dernier fascicule du *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire Inférieure*, Nantes, 1859, in-8°.

M. MOREL-LAVALLÉE, à l'occasion de la lettre de M. Perrin, s'élève de nouveau contre sa manière de voir. Il soutient que chez le militaire en question le grand trochanter ne change pas de place, mais que c'est bien un muscle qui glisse sur cette saillie. Il a d'ailleurs montré que pendant la prétendue luxation il n'y avait aucune modification ni dans la direction de la pointe du pied ni dans celle de la rotule.

Il se souvient avoir vu, il y a quelques années, peut-être même au sein de la Société, un malade qui avait une exostose volumineuse sous le biceps fémoral, et chez lequel, pendant les contractions de ce muscle, on percevait une secousse au moins aussi forte que celle observée chez le malade de M. Perrin.

M. BOUVIER demande si M. Morel a réellement vu sur ce malade la contraction brusque du faisceau musculaire dont il parle, ou bien si c'est une simple supposition à laquelle il est conduit par analogie? Quant à lui, il déclare qu'il n'a rien constaté de semblable.

M. MOREL répond que le faisceau musculaire auquel il a fait allusion ne se détache pas assez nettement pour qu'il soit facile de le voir agir.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN pense qu'on n'a pas tenu un compte suffisant des mouvements que le bassin peut exercer sur la cuisse.

— M. DEGUISE fils, ainsi qu'il l'avait promis, a revu l'enfant à la prétendue fracture intra-utérine dont il avait parlé dans la dernière séance. Il s'est assuré qu'il ne manque aucun orteil; mais il a constaté en même temps, ce qui lui avait échappé lors de son premier examen, que du côté malade il n'y avait qu'un seul os dans le tiers inférieur de

la jambe. Là existe seulement le péroné, notablement augmenté de volume. Les deux os se rencontrent, au contraire, dans la partie supérieure du membre.

Dans une prochaine séance, il se propose de soumettre de nouveau cet enfant à l'examen de ses collègues.

— Un tour de faveur est accordé à M. Huguier pour montrer une pièce pathologique.

La presse, dit notre collègue, s'est beaucoup occupée depuis quelques jours de l'accident grave qui est arrivé à l'un de nos artistes les plus aimés et les plus distingués. Chacun devine que je veux parler de M. R..., chez qui une horrible blessure faite par un fusil parti à bout portant a rendu la désarticulation du coude indispensable. Appelé à lui donner des soins conjointement avec M. Laborie, j'ai pensé que la Société apprendrait de nous avec intérêt les détails scientifiques de ce fâcheux événement.

Voici l'avant-bras qui a été enlevé. On peut voir que la peau et les muscles de presque toute la région antérieure ont été complétement détruits. Les nerfs médian, radial et cubital sont entièrement déchirés, et il en est de même de l'artère cubitale. Le cubitus, fracturé en deux endroits, présente trois fragments très-mobiles. Il en est de même du radius.

En arrière, la peau a été perforée par des grains de plomb qui se sont échappés, mais un grand nombre d'entre eux étaient restés dans les chairs, et depuis l'opération nous avons encore pu en recueillir plusieurs.

En présence de pareils désordres, il était impossible de songer à la conservation du membre; commo le malade souffrait beaucoup, nous dûmes promptement prendre un parti, et nous nous décidâmes pour la désarticulation du coude.

Un peu gênés par la destruction des parties molles, nous taillâmes un premier lambeau postéro-externe et un second antéro-interne. Les muscles traversés par le couteau étaient en bon état, quoiqu'ils renfermassent plusieurs grains de plomb. Pour éviter les dénudations qu'entraîne la désarticulation de l'olécrâne, nous la séparâmes p r un trait de scie, et la laissâmes en place.

L'opération fut parfaitement supportée; depuis il n'est survenu ni gangrène ni aucun autre accident sérieux, et tout nous permet d'espérer une prompte guérison.

Ce fait, ajoute M. Huguier, montre une fois de plus que les blessu-

res produites par des grains de plomb sont souvent beaucoup plus graves que celles qui sont faites par des balles.

M. **BOINET** ne saurait admettre cette dernière proposition ; mais il pense qu'il faut surtout tenir compte des distances. Les balles à bout portant produisent des désordres aussi considérables que les grains de plomb.

M. **HUGUIER** répond qu'il n'a voulu émettre qu'une simple généralité ; il est évident que si on veut descendre dans les faits particuliers, il y a de grandes réserves à faire et qu'il faut tenir compte de circonstances très-variées.

M. **MOREL-LAVALLÉE.** Chez le blessé dont vient de parler M. Huguier, les parties avaient été broyées et détruites dans une si grande étendue, que le sacrifice du membre était indispensable et permettait seul de conserver les jours du malade.

Cette opinion est exprimée sans réserve par tous les membres de la Société qui ont eu sous les yeux la pièce pathologique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancers latents. — M. LABORIE fait la communication suivante :

J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société des pièces d'anatomie pathologique qui, sans présenter un très-grand intérêt par elles-mêmes, m'ont paru cependant dignes de fixer votre attention, en raison des circonstances au milieu desquelles je les ai recueillies.

Trois malades, en moins de deux mois, ont été admis dans mon service, à l'Asile impérial de Vincennes, tous trois convalescents d'affections qui n'avaient aucun rapport avec la maladie qui les a fait succomber subitement.

Le premier de ces malades était un homme d'une trentaine d'années, d'une constitution remarquablement bonne. Il était convalescent de pleurésie. Il eut une rechute de cette première affection, avec complication de pneumonie partielle. Traité à l'infirmerie, il guérit, et se disposait à demander sa sortie, lorsqu'il fut pris subitement d'accidents cérébraux, qui rapidement se compliquèrent de convulsions, et en moins de quelques heures il succombait.

A l'autopsie, nous avons trouvé dans l'intérieur du crâne une tumeur longue de trois centimètres et demi, s'insérant sur le rocher, pénétrant obliquement de dehors en dedans et d'arrière en avant sous l'hémisphère cérébral, longeant la tente du cervelet, et touchant par son extrémité la protubérance.... On ne remarquait aucune trace d'in-

flammation. Cette tumeur, de nature fibro-plastique, n'avait donc manifesté sa présence par aucun symptôme jusqu'au jour où elle détermina la mort.

Un deuxième malade entra à l'Asile en juillet, convalescent de dysphagie. On l'avait considéré comme atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Les symptômes de cette affection avaient cessé subitement, et quand nous vîmes le malade, il était dans les meilleures conditions apparentes ; les aliments traversaient l'œsophage avec une extrême facilité, sans déterminer ni gêne ni douleur. Après un séjour de deux semaines, il fut pris tout à coup, pendant la nuit, de vomissements de sang. L'interne de service administra une potion au perchlorure de fer ; l'hémorrhagie s'arrêta, pour reprendre, deux heures après, avec tant de violence que le malade succomba.

A l'autopsie, nous avons trouvé, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, une tumeur cancéreuse encéphaloïde ayant détruit l'œsophage dans l'étendue de cinq centimètres ; il ne restait de cet organe qu'une petite bande large à peine de cinq millimètres à la partie antérieure, retenant unis les bouts supérieur et inférieur. En dehors de cette partie, il ne restait aucune trace de l'organe. La colonne vertébrale formait la paroi postérieure du conduit œsophagien.

L'estomac et les intestins étaient remplis de sang. Aucun autre viscère ne présentait de traces de cancer.

Un troisième malade enfin, celui sur lequel j'ai recueilli les pièces que j'ai l'honneur de vous soumettre, était entré en juillet comme convalescent d'une affection rhumatismale chronique.

Après une dizaine de jours, il fut pris, comme le malade précédent, de vomissements de sang, et en moins d'une heure il succombait.

A l'autopsie, nous avons trouvé les lésions suivantes :

1° Sur le milieu de la petite courbure de l'estomac, une large ulcération cancéreuse avait détruit les tuniques muqueuse et musculaire, s'arrêtant à l'enveloppe séreuse. L'estomac était rempli de sang. L'hémorrhagie s'était produite en ce point.

2° Le foie présentait une quantité considérable de tumeurs d'aspect cancéreux, comme vous pouvez le voir sur une partie de cet organe que je fais passer sous vos yeux.

3° Les poumons étaient parfaitement sains, mais on remarquait à la partie supérieure du poumon droit une tumeur du volume d'une noisette, mamelonnée, d'aspect fibreux et d'une dureté comme pierreuse. Cette tumeur, que je vous présente, reste attachée au poumon par un pédicule membraneux très-mince ; elle me paraît être le résultat de la

transformation de productions inflammatoires ; on trouve, en effet, en plusieurs points, de vieilles adhérences qui unissent la plèvre pariétale à la plèvre viscérale.

4° Sur la rate, le péritoine présente de petites tumeurs aussi consistantes mais non pédiculées, qui sont probablement de même nature. On pourra, du reste, en ouvrant ces tumeurs, apprécier leur composition.

Ainsi, sur ces trois malades, nous voyons une affection cancéreuse latente poursuivre ses phases jusqu'au moment où elles déterminent la mort subite, sans que rien ait permis de reconnaître leur présence, et sans avoir paru exercer la moindre influence sur la santé générale. Sur le deuxième malade seulement, et temporairement, la tumeur a gêné le passage des aliments, mais cette gêne avait si bien disparu que l'on pouvait être autorisé à considérer la dysphagie comme le résultat d'un état spasmodique de l'organe. Il est probable que l'amélioration subite était due à la destruction et à la chute d'une partie de la tumeur, qui, après être tombée dans les voies digestives, rendait plus libre le passage des aliments à travers l'œsophage.

— M. CHASSAIGNAC présente un malade opéré avec succès de blépharoplastie, dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme de vingt-six ans, voulant prendre un flacon d'acide sulfurique placé sur une planche élevée, laisse échapper le flacon. Le liquide lui couvre la moitié droite de la face, et cause une très-grave brûlure de l'œil et des paupières, brûlure par suite de laquelle l'œil se vide, se réduit à l'état de moignon intimement adhérent aux deux surfaces. De plus, les bords correspondants des paupières adhèrent intimement l'un à l'autre dans toute leur longueur. Il y a donc à la fois symblépharon total et ankiloblépharon.

De là impossibilité de faire porter un œil d'émail pour masquer ou pallier la difformité, qui tourmentait au plus haut degré le malade, quoiqu'il la portât depuis plusieurs années.

L'opération instituée dans ce cas a consisté à décoller très-largement, par une dissection très-attentive, la surface interne des paupières d'avec le moignon oculaire. En outre, la fente palpébrale a été agrandie. La cavité nouvelle, bourrée de charpie, a suppuré, et avant le retour des adhérences un œil d'émail a pu être mis en place ; ce dernier, placé entre le fond de la cavité nouvelle constituée par le tissu cicatriciel du symblépharon opéré, et les voiles palpébraux, dont la fente s'est rétrécie par la présence du tissu anormal qui unissait les paupières entre elles, se trouve pressé et se maintient par l'action double et opposée

de deux tissus inodulaires, de celui qui occupe le fond de la cavité et qui tend à expulser l'œil artificiel, et de celui de la fente palpébrale, qui par sa rétraction tend à empêcher l'œil de sortir.

Le secrétaire annuel, Depaul.

Séance du 10 août 1859.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté avec deux modifications, demandées l'une par M. Morel-Lavallée et l'autre par M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DEGUISE fils présente un jeune enfant de neuf à dix ans atteint de pied-bot et d'une difformité congénitale du membre inférieur. C'est le même enfant qu'il avait déjà montré à la Société, alors qu'il n'était âgé que de quelques mois, comme un exemple de fracture intra-utérine. Aujourd'hui on peut constater tous les détails d'anatomie pathologique qui avaient déjà été indiqués par M. Deguise dans la dernière séance. Les deux tiers inférieurs du tibia manquent bien évidemment, et le péroné, quoique très-notablement augmenté de vo'ume en ce point, n'a pas empêché le renversement du pied en dehors.

M. BROCA voudrait savoir si la déviation du pied existait dès la naissanee, ou si elle est survenue après l'emploi de quelque appareil qu'on aurait cru devoir mettre en usage.

M. DEGUISE répond que cet enfant, ne pouvant se maintenir sur ce pied, marche avec une jambe de bois. A aucune époque on n'a eu recours à un moyen d'une autre espèce.

M. BROCA fait remarquer qu'il y a la plus grande analogie entre la forme de ce pied-bot et celui que portait une petite fille qu'il fit voir à ses collègues il y a cinq ou six ans.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente un cas rare, bien qu'il ne soit pas sans analogie dans la science. Il s'agit d'un malade offrant un exemple de décollement partiel de l'iris produit par une percussion sur l'œil. Ce degré de la lésion, ajoute M. Morel, permet de comprendre le décollement complet dont je vous ai cité un curieux exemple à propos d'une présentation récente de M. Chassaignac. Ce décollement complet

explique comment cette membrane peut être entièrement chassée de l'œil à travers une déchirure de la coque oculaire.

Voici la nouvelle observation de notre collègue :

Pupille accidentelle par décollement. — Le 3 août 1859 est entré à l'hôpital militaire de Vincennes, salle 10, n° 32, Charles G..., né à Valfroicourt (Vosges), vingt-neuf ans, 1er régiment de grenadiers de la garde.

A l'âge de six ans, il a reçu d'un jeune homme de dix-huit ans, à la distance d'environ quinze pas, un coup de sarbacane sur l'œil gauche. La douleur a été très-vive; le sujet se rappelle qu'on lui a fait des applications d'eau froide pendant six semaines.

Depuis la vue a été très-faible de ce côté, et aujourd'hui il peut à peine lire des caractères de presque 1 centimètre, encore en approchant le papier à 10 centimètres de l'œil, c'est-à-dire qu'il y a, à la fois, faiblesse de la vue et myopie.

L'iris est décollé à sa partie inférieure et externe dans une longueur qui égale le diamètre de la pupille saine à l'ombre; la largeur de ce décollement égale la moitié de sa longueur. Cette pupille accidentelle aurait la forme de la pupille des chats et presque sa direction, si elle n'était pas inclinée en dehors.

Le pont iridien qui la sépare de la pupille naturelle est un peu renflé, sans doute parce qu'il y a sur ce point plus d'étoffe que sur le reste de la membrane. Ce pont est un peu moins large à sa partie moyenne, où il a une ligne en ce sens, qu'à ses extrémités, où il présente environ une ligne et demie de largeur.

Ce pont, qui est comme refoulé ou plutôt attiré vers la pupille naturelle, la rétrécit en ce sens, et lui donne une forme un peu oblongue. La pupille naturelle est d'ailleurs élargie et immobile, même à une lumière vive, ainsi que la pupille accidentelle. Toutes deux se laissent sensiblement dilater par la belladone. L'iris offre la même couleur que du côté sain.

Par la pupille naturelle, nous avons vu que le malade peut lire les grosses lettres; par la pupille accidentelle, il les distingue à peine sans pouvoir les assembler, sans pouvoir lire.

Pas de diplopie.

A la bougie, on distingue nettement, avec l'image droite antérieure, l'image postérieure renversée : le cristallin est donc intact.

M. CHASSAIGNAC, pour compléter l'observation de la femme qui offrait un cloisonnement de l'entrée du vagin, expose qu'il a enlevé

la bride dont il avait parlé à l'aide de deux écraseurs qu'il a fait agir simultanément, l'un ayant été placé à la partie supérieure et l'autre à la partie inférieure. Il donnera plus tard le résultat de cette opération.

M. DEPAUL, se rendant à l'invitation de M. Chassaignac, a examiné cette jeune femme à l'hôpital Lariboisière. Il demande à la Sociétó la permission de lui faire connaître ce qu'il a constaté au point de vue anatomo-pathologique.

Il est évident qu'il ne s'agit pas là d'un débris de la membrane hymen. Il suffit, en effet, d'écarter la vulve pour reconnaître que l'entrée du vagin paraît unique, la bride, inférieurement, n'avançant pas jusqu'à cette limite. Pour la rendre apparente en ce point, il faut introduire le doigt dans le vagin jusqu'à la partie supérieure de la cloison, le recourber en crochet et attirer assez fortement en bas ; alors on l'entraîne avec les parois correspondantes du vagin, ce qui augmente notablement son épaisseur en haut et en bas. Mais si on se contente d'introduire un doigt par chacun des orifices, on reconnaît sans peine que la cloison est mince et n'a que quelques millimètres d'épaisseur.

M. HUGUIER. De ce que la cloison ne va pas jusqu'à l'extrémité supérieure du vagin, il n'en faudrait pas absolument conclure qu'il en a été toujours ainsi. Une déchirure accidentelle peut avoir été la cause de la communication supérieure. C'est ce qui peut arriver, par exemple, à la suite d'un accouchement.

J'ai eu occasion de voir et de faire dessiner un cas de ce genre. La femme, que je revis deux ans après son premier accouchement, était enceinte du côté opposé.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL procède au dépouillement de la correspondance:

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, une brochure de M. Félix Bron, intitulée *Nouvel uréthrotome*. Lyon, 1859; in-8°.

— MM. Credé (de Leipzig), Soupart (de Gand), Boëck (de Christiania) et Henry Thompson (de Londres) écrivent à la Société pour la remercier de les avoir élus membres corresdondants étrangers.

— MM. Syme (d'Edimbourg) et Stromeyer (de Hanovre), récemment élus membres associés étrangers, écrivent à la Société pour la remercier de cette élection.

M. Stromeyer joint à sa lettre la première partie de son mémoire sur l'ophthalmie granuleuse (*Beitrage zur Lehre der granulösen Augenkrankheit.* — Dans Deutsche Klinik, 18 juin 1859.).

— MM. Blaisius, de Halle (sur Saale), Ciniselli (de Crémone) et Vanzetti (de Padoue), récemment élus membres correspondants étrangers, écrivent à la Société pour la remercier de cette élection.

— M. Carlo Regnoli, fils du professeur Regnoli, qui a été élu récemment membre correspondant étranger, écrit à la Société pour lui faire part de la mort de son père. Cet éminent collègue est mort le 13 juillet 1859, dans l'après-midi, à l'heure précisément où la Société de chirurgie, réunie en séance solennelle, entendait proclamer par M. le président la liste des membres nouvellement élus. M. le professeur Regnoli figurait en tête de cette liste.

LECTURE.

M. VERNEUIL, se proposant de faire une série de communications sur l'anaplastie, donne lecture d'un premier travail relatif à des considérations générales sur cette méthode opératoire. En voici le résumé:

En présence de la multiplicité extrême des difformités et du nombre non moins grand des opérations anaplastiques, il était utile d'établir une double classification des lésions anatomiques et des procédés opératoires dont les genres pussent se correspondre, afin qu'il fût possible, une difformité quelconque étant donnée, de savoir, du premier coup et sans hésitation, à quel genre d'opération il fallait avoir recours pour la pallier ou la guérir.

Reprenant dans le langage chirurgical ancien quatre mots très-clairs et à sens précis, et les appliquant, d'une part, aux opérations anaplastiques, de l'autre, aux difformités, M. Verneuil admet quatre classes d'anaplasties :

1° Anaplastie par synthèse;
2° — par diérèse;
3° — par exérèse;
4° — par anaplérose, prothèse ou autoplastie.

Ces quatre sortes d'opérations ont pour but de retenir ce qui est divisé (bec-de-lièvre), de séparer ce qui est réuni (syndactylie), de retrancher ce qui est exubérant, et de remplacer ce qui manque. Employées seules ou combinées ensemble, elles constituent toutes les anaplasties, depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées. Il

suffit de les associer convenablement pour tracer le plan de toutes les restaurations organiques.

Mais si l'art réunit, sépare, retranche ou ajoute, c'est que la nature (difformités congénitales) ou la maladie (difformités accidentelles) ont séparé, réuni, ajouté ou retranché. On peut donc parallèlement établir une classification des difformités composée de 4 genres :

Les difformités par synthèse : réunions anormales.
— diérèse : divisions contre nature.
— exérèse : pertes de substance, atrophiées.
— prothèse : hypertrophie, exubérance, saillies anormales.

L'analyse démontre que les difformités les plus simples comme les plus compliquées sont toujours constituées soit par un seul élément, soit par la combinaison de deux, trois, ou d'un nombre plus considérable de ces éléments.

D'où il résulte que si on compare le but des opérations réparatrices et la forme des lésions qu'on veut corriger par l'anaplastie, on trouve une coïncidence exacte entre les termes de la série thérapeutique et ceux de la série pathologique.

D'où il résulte encore qu'une difformité quelconque étant donnée, il faut tout d'abord déterminer, d'après sa forme, à quel genre elle appartient : ce renseignement trouvé, l'indication curative est toute trouvée ; il faut la chercher dans la classe correspondante des opérations anaplastiques. Ce qui se résume très-brièvement par la formule suivante : *Une difformité simple étant donnée, déterminer son nom d'après sa forme et lui opposer une anaplastie de nom contraire.*

Ex. : Déchirure du périnée. — Difformité par diérèse ; remède : anaplastie par synthèse, périnéoraphie.

Syndactylie. — Difformité par synthèse ; remède : anaplastie par diérèse, séparation des doigts réunis, etc.

Cette formule s'applique si exactement aux difformités simples, qu'elle n'a pas besoin de démonstration ; mais les difformités composées l'admettent également. Pour le prouver, il faut faire soigneusement l'analyse anatomique d'une de ces difformités et séparer momentanément par la pensée les éléments dont elle se compose. Ainsi un bec-de-lièvre avec écartement considérable et atrophie marquée des moitiés latérales de la lèvre, est une difformité composée à deux éléments.

1° La diérèse, c'est-à-dire la division, la fente, la séparation.

2° L'exérèse, l'atrophie, le défaut de substance, l'insuffisance des deux moitiés pour reconstituer la lèvre. Pour réparer la lèvre, il faudra instituer un procédé combiné, qui remédiera aux deux éléments de la lésion, c'est-à-dire associer la synthèse ou réunion et l'autoplastie ou apport de substance.

On peut donc, en amplifiant légèrement la formule générale énoncée ci-dessus, l'adapter aux difformités composées et dire : *Etant donnée une difformité composée quelconque, il faut analyser soigneusement et compter les éléments dont elle se compose, puis instituer un procédé opératoire combinant ensemble autant de modes anaplastiques qu'il y a d'éléments et de noms contraires à ces derniers.*

Cette règle ne souffre pas d'exceptions, si l'on tient à obtenir une réparation aussi complète que possible au double point de vue du rétablissement de la forme normale et des fonctions. Toutes les fois qu'elle sera enfreinte, le résultat sera nécessairement imparfait. Mais une telle exigence n'étant pas toujours possible, ni facile, ni utile à remplir, il est tel ou tel élément de la difformité qu'on doit ou qu'on peut négliger dans l'acte chirurgical réparateur. Sous ce rapport, les éléments d'une difformité se divisent en *majeurs* et *mineurs*. Les premiers doivent nécessairement être attaqués. Les seconds peuvent être négligés. Lorsque tous les éléments sont majeurs, la combinaison de tous les modes anaplastiques correspondants est indispensable.

Parmi les éléments majeurs, les uns sont encore *prédominants* ou *subordonnés*. Si l'on juge à propos de faire la restauration en plusieurs temps, on devra toujours commencer par satisfaire aux premiers, sans quoi le succès serait impossible.

Dans une prochaine lecture M. Verneuil poursuivra cette exposition synthétique.

— M. BROCA, au nom de M. le docteur Fleury, de Clermont, membre correspondant de la Société, communique l'observation suivante :

Luxation dans la fosse obturatrice (ischio-pubienne de M. Nélaton) ayant présenté les caractères d'une luxation en haut et en arrière (iléo-ischiatique).

Léonard M..., âgé de 19 ans, natif de la Corrèze, est chargé, à Bourdon, de la surveillance des machines à vapeur.

Ce jeune homme, d'une constitution assez vigoureuse, voulut, dans la matinée du 9 avril dernier, attacher une courroie pendant que la machine était en mouvement; mais s'étant trop approché de l'arbre,

dont l'extrémité était garnie de boutons, il fut saisi et entraîné par sa blouse.

M... vit le danger qu'il courait; mais conservant sa présence d'esprit, il enlaça cette tige mobile et suivit ainsi son mouvement de rotation, qui était très-rapide, car l'arbre faisait 25 à 30 tours à la minute; mais bientôt à bout de ses forces, il fut lancé sur la muraille et vint retomber sur le sol.

On parvint cependant à arrêter le mouvement de la machine; le blessé fut placé sur une voiture et transporté à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Il accuse de vives douleurs à la tête et à la hanche gauche.

Une plaie contuse avec décollement de la peau s'observe à la région fronto-pariétale; j'ai pu espérer, vu l'intégrité des facultés intellectuelles et sensitives, que le cerveau n'avait pas participé à la lésion de ses enveloppes. Malheureusement il n'en a pas été ainsi, car dix jours après l'accident il succombait aux suites d'une méningite.

Le membre abdominal gauche était porté dans l'adduction, la jambe à demi fléchie sur la cuisse, la cuisse sur le bassin.

L'extension était très-douloureuse, et lorsqu'on lui donnait cette position pour le comparer à celui du côté opposé, on trouvait un léger raccourcissement.

Ces symptômes nous font déjà présumer qu'il existe une luxation du fémur dans la fosse iliaque externe.

Après avoir placé le malade sur le ventre, nous constatons une saillie assez prononcée aux fesses, dont le pli paraît cependant un peu abaissé, si on le compare à celui du côté opposé. Le grand trochanter est porté en arrière.

Les mouvements d'adduction sont faciles, ceux d'abduction et de rotation en dehors sont au contraire douloureux. Enfin en exerçant une pression un peu forte, au-dessous de la crête de l'os des iles, on a la sensation d'un vide au niveau de la cavité cotyloïde.

Nous constatons aussi l'existence de quelques plis à la face interne de la cuisse, indiquant que les points d'insertion des muscles adducteurs sont rapprochés.

Tout semble confirmer l'existence d'une luxation en haut et en arrière.

La manière dont le blessé est tombé ne peut servir à éclairer le diagnostic, car la chute avait été trop prompte et trop violente pour qu'il ait pu en saisir le mécanisme.

La réduction a été simple et facile.

Léonard couché sur le côté sain, la cuisse luxée est fléchie à angle droit sur le bassin, la jambe sur la cuisse ; un lacs contre-extenseur est placé dans le pli de l'aine du côté malade et fixé à un poteau immobile. Le lacs extenseur est attaché solidement au-dessus du genou et confié à des aides qui ne devront commencer leurs tractions qu'aux premiers signes d'insensibilité produite par le chloroforme.

A un signal donné, une traction énergique est exécutée, et presque aussitôt un bruit caractéristique annonce que la tête du fémur a repris sa place.

L'examen du membre nous le confirme.

Nous étions loin alors de nous douter que le blessé dût succomber à d'autres lésions, et que nous aurions bientôt l'occasion de juger de l'état dans lequel se trouvaient les parties qui avaient été soumises à des tractions si violentes.

J'avais fait préparer avec soin la région fessière et disséquer les muscles qui la recouvrent, afin de montrer aux élèves le trajet qu'avait dû parcourir la tête du fémur et déterminer le point où elle s'était arrêtée.

Les trois fessiers étaient intacts ; la fosse iliaque externe n'offrait aucune trace de dépression. Je ne m'expliquais guère, je l'avoue, l'intégrité de cette partie.

La capsule fibreuse était entière dans ses trois quarts supérieurs, la déchirure existait seulement en bas et en dedans; il était donc facile de voir que c'était par là qu'avait dû s'échapper la tête de l'os. On retrouvait, en effet, au-dessous de la partie correspondante de la cavité cotyloïde, une dépression circulaire creusée dans un tissu ramolli ; c'était dans ce point qu'elle était venue se placer.

Après avoir incisé la capsule et détaché le fémur pour mieux juger du déplacement imprimé à sa tête, il me fut facile de déterminer d'une manière plus précise la position de la nouvelle cavité qu'elle s'était creusée en abandonnant l'ancienne.

La tête de l'os occupait les deux tiers externes à peu près de la fosse obturatrice et une partie de la tubérosité de l'ischion; c'était, en un mot, une luxation obturatrice ou ischio-pubienne.

Le muscle obturateur externe était déchiré et converti en une bouillie rougeâtre, qui occupait le fond de la cavité.

Comment concilier les symptômes observés pendant la vie avec le résultat de l'autopsie?

Il est parfois difficile de mesurer un membre d'une manière bien précise. La contraction des muscles est douloureuse; on peut s'en lais-

ser imposer par la déviation du bassin, et lorsque la différence de longueur est peu sensible, il est facile de s'y tromper; mais il n'en est pas de même de la rotation : celle-ci est déterminée par les nouveaux rapports qu'a contractés l'os déplacé. Dans le cas actuel, elle était tellement prononcée qu'elle sautait aux yeux.

Ce déplacement est entièrement opposé aux symptômes signalés dans tous les traités de chirurgie. Lorsqu'il s'agit d'une luxation ovalaire, le membre est porté dans la rotation en dehors.

Je n'ai pu en trouver l'explication que dans l'intégrité de la capsule fibreuse, qui n'était déchirée qu'en arrière et en bas; c'est, du reste, comme on le sait, à cette cause que Boyer attribue le mouvement d'adduction dans la luxation en haut.

On dit, il est vrai, que le plus souvent la capsule fibreuse est déchirée dans toute son étendue à la suite de la luxation ilio-fémorale.

J'ai eu deux fois l'occasion d'examiner les pièces, et deux fois je l'ai trouvée intacte; la déchirure était partielle et avait juste l'étendue nécessaire pour laisser passer la tête de l'os.

Le premier malade, chez qui j'ai pu constater le fait en question, avait été renversé le 14 février 1854 par un éboulement de terrain. La clavicule, plusieurs côtes avaient été fracturées; il succomba à la déchirure d'un poumon.

Le fémur gauche avait été luxé en haut et en dedans, la réduction n'offrit aucune difficulté; mais en examinant les parties déplacées, il fut facile de constater l'intégrité de la capsule fibreuse, qui n'avait été déchirée que dans sa partie supérieure.

La seconde observation concerne le malade actuel.

Il est présumable que le plus souvent les désordres sont portés plus loin; mais en considérant ces faits comme exceptionnels, ils n'en ont pas moins une certaine importance, puisqu'ils peuvent servir à expliquer comment, dans la luxation ovalaire, le fémur, au lieu d'exécuter un mouvement de rotation en dehors, est porté en sens opposé.

Dans les deux cas cités, le ligament interne était déchiré.

M. VERNEUIL. Il y a dans l'observation de M. Fleury une assertion que je ne puis laisser passer. Cet auteur paraît croire qu'on admet généralement que dans ce genre de luxation il y a une déchirure complète de la capsule fibreuse. C'est une erreur. Si cela existe, cela ne ne doit être que dans des circonstances très-rares.

M. HOUEL, dont on a invoqué le témoignage, dit que, en effet, une pareille déchirure est très-exceptionnelle.

M. BROCA ajoute que Boyer, qui avait admis la déchirure de la moitié postérieure de la capsule, est encore allé beaucoup trop loin.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société trois pièces d'anatomie pathologique.

L'une est la diaphyse d'un fémur réséqué dans l'étendue de 12 à 15 centimètres sur un jeune homme qui portait une tumeur centrale de la cuisse. Cette tumeur, qui tenait à l'os dans toute sa circonférence, donnait au membre un aspect fusiforme. Sa consistance d'ailleurs était telle, que notre collègue ne doute pas que le centre de l'os n'en fût le point de départ.

Cependant, quand il eut incisé et commencé la dissection, il ne tarda pas à reconnaître que la tumeur enveloppait simplement le fémur, qui fut trouvé altéré à l'extérieur.

M. Chassaignac déclare que son embarras fut grand en ce moment. Fallait-il recourir à la désarticulation de la cuisse? Mais le malade, qui était endormi, n'avait pas été prévenu. Or, notre collègue ne pense pas qu'un chirurgien puisse assumer sur lui une pareille responsabilité.

On peut voir sur la portion du fémur qui a été réséquée, à l'extérieur, des inégalités, des parties où le périoste a été détruit, et quelques productions stalactiformes. A l'intérieur, plusieurs dépôts d'une matière jaunâtre parfaitement identique avec celle qui constituait la tumeur extérieure, et composés comme elle, d'après l'examen fait par M. Robin, d'épithélium nucléaire.

La deuxième pièce est un tibia sec et préparé depuis longtemps, qui confirmerait l'opinion déjà émise par notre collègue sur la cause de l'amincissement des bouts osseux après les amputations et qui ne serait autre chose qu'une destruction successive et par nécrose de parcelles osseuses. Ce serait toujours en avant que se produirait la destruction du périoste.

La troisième pièce est à l'état frais, et destinée à montrer le début d'une pareille usure.

— M. DEMARQUAY raconte qu'un enfant de dix ans, né dans l'Amérique du Sud, lui fut adressé il y a quelque temps, étant atteint d'une tumeur blanche du genou déjà ancienne. La jambe était si fortement fléchie sur la cuisse que le talon touchait la partie postérieure de celle-ci. Les muscles formaient en arrière une corde tendue et résistante. Cependant l'articulation jouissait encore d'une certaine mobilité, et la rotule elle-même pouvait être déplacée. Il était facile aussi de constater une certaine quantité de liquide dans la cavité articulaire.

Il y avait un amaigrissement général considérable. La poitrine fut examinée et trouvée saine. Une ponction ayant été pratiquée, il s'écoula une assez grande quantité de liquide purulent, puis on fit une injection avec la teinture d'iode, qui fut assez bien supportée.

Quelque temps après, le petit malade ayant été préalablement soumis à l'action du chloroforme, on pratiqua des tractions pour redresser la jambe, et ce résultat fut facilement obtenu ; puis on plaça le membre dans une gouttière, et on l'y maintint par les moyens ordinaires. Deux ou trois jours après, on remplaça la gouttière par un appareil dextriné. Mais à la fin de juillet survint une pleuro-pneumonie qui se termina par la mort au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie, on ne trouva pas de pus dans l'articulation, mais, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce pathologique, il existe une courbure très-marquée du fémur dans sa partie inférieure. En ce point la couche osseuse de la région postérieure est brisée ; elle est intacte, au contraire, en avant. Les poumons étaient remplis de tubercules. Il est évident que cette fracture partielle a été le résultat des tractions opérées pour produire le redressement du membre.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer à cette occasion qu'on brise des os beaucoup plus souvent qu'on ne le pense dans les efforts auxquels on se livre pour rompre certaines ankyloses. Il a vu le fémur se briser alors que le chirurgien n'avait eu recours cependant qu'à ses mains pour redresser le membre. Il regrette que, dans les travaux qui ont été publiés sur ce point de la chirurgie, on n'ait pas relaté les observations dans lesquelles de pareils accidents ont été observés.

M. BROCA dit que ce qui favorise surtout ces fractures, c'est le ramollissement préexistant des os. Il a vu à la Société anatomique des pièces provenant d'un jeune homme de dix-neuf ans qui s'était fracturé le fémur en se retournant dans son lit. Il a pu observer au Bureau central un homme qui avait une tumeur blanche, et qui s'était également cassé la cuisse en tombant dans sa chambre. Enfin il se souvient qu'en 1844, Blandin, essayant de redresser un membre, s'arrêta effrayé par un mouvement particulier qu'il sentit dans l'épiphyse.

M. VERNEUIL voudrait savoir ce que ses collègues pensent de la consolidation de ces fractures. Quant à lui, il l'a vue marcher très-régulièrement chez un malade observé dans le service de M. Guersant.

M. CHASSAIGNAC. En cherchant à redresser dans un cas une jambe qui était fléchie à angle droit sur la cuisse, quelques tractions peu fortes suffirent pour produire une fracture de la cuisse. Je mis un appareil, et j'obtins la consolidation.

Il en fut de même dans une autre circonstance, où il s'agissait du bras.

M. MARJOLIN a également vu cinq ou six de ces fractures, et toujours la consolidation a eu lieu sans retard.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 17 août 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté sans réclamation.

LECTURE.

Après le dépouillement de la correspondance, M. A. FORGET donne lecture du rapport suivant, à l'occasion d'une observation de M. Letenneur (de Nantes), observation qui est intitulée : *Tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure due au développement pathologique des organes alvéolo-dentaires ; hypertrophie considérable des éléments fibreux de ces organes ; hyperostose et séquestration des alvéoles.*

La pièce pathologique et un dessin sont mis sous les yeux de la Société, qui décide que le travail sera ultérieurement publié, lorsque cette observation intéressante aura pu être complétée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEPAUL montre un exemple d'éventration accompagné de beaucoup d'autres vices de conformation, observé dans les conditions suivantes, sur un fœtus qui succomba pendant le travail :

Une femme de vingt-deux ans, primipare, et d'une bonne constitution, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 13 août 1859, à neuf heures du soir. La grossesse n'était parvenue qu'à sept mois et demi environ, et le travail s'était déclaré prématurément le même jour, à dix heures du matin, sans cause connue.

Les membranes se déchirèrent le 14 août, à deux heures du matin, et lorsqu'on examina, une heure après, on constata dans le vagin la présence d'une masse molle, qui était formée par le paquet intestinal du fœtus. A trois heures et demie, cette masse se montra à la vulve,

et y resta sans avancer jusqu'à cinq heures et demie du matin, époque à laquelle on réclama les soins de M. Depaul.

A l'inspection de la tumeur qui sortait de la vulve, il put facilement reconnaître le foie et le paquet intestinal du fœtus, et il annonça qu'il s'agissait d'un cas d'éventration. Il introduisit deux doigts dans le vagin, et constata que le sacrum était tourné en arrière et à droite, que l'une des hanches regardait la cavité cotyloïde droite et l'autre la symphyse sacro-iliaque gauche. Les membres pelviens étaient complétement relevés du côté de l'abdomen. Un doigt ayant accroché l'aine qui était en avant, il suffit de quelques tractions pour dégager le pelvis, et le reste du fœtus, qui était petit, fut extrait sans beaucoup de difficulté. Le cordon, très-court et sous forme de membrane, dut être coupé pour éviter une déchirure.

L'enfant, qui était parfaitement frais et qui avait probablement succombé pendant la dernière partie du travail, ne donna aucun signe de vie.

Le volume considérable que conservait encore le ventre de la femme fit soupçonner qu'il y avait un second enfant, et l'auscultation ne tarda pas à faire constater les battements de son cœur.

Par le toucher vaginal, on sentit une poche volumineuse et tendue qui plongeait dans le bassin. Après avoir attendu quelques instants, M. Depaul la rompit, et reconnut que le second enfant se présentait encore par les fesses. Celles-ci ne tardèrent pas à descendre, et sortirent, ainsi que le fœtus, sans difficulté, à l'aide des contractions utérines et de quelques légères tractions.

L'enfant, du sexe féminin comme le premier, respira et cria presque aussitôt. Il n'offrait aucun vice de conformation, et avait à peu près le volume des enfants qui ont séjourné sept à huit mois dans l'utérus.

Pour pratiquer la délivrance, des tractions furent faites sur le cordon normal de ce dernier enfant. Une masse placentaire fut facilement entraînée jusqu'à la vulve; mais là, M. Depaul, éprouvant une certaine résistance, introduisit quelques doigts dans le vagin et alla saisir l'autre placenta, qui était séparé du premier par les membranes dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres. Tous les deux d'ailleurs, ainsi qu'on peut le voir, étaient circulaires et à peu près d'égal volume.

M. Depaul se propose d'examiner très-attentivement le cadavre de l'enfant atteint d'éventration. Mais avant d'en faire l'autopsie, il a pensé que la Société constaterait avec intérêt, par elle-même, les nombreux vices de conformation qu'il présente.

On peut voir que la paroi abdominale manque dans presque toute son étendue, et que le foie et le paquet intestinal forment une masse mobile au-devant de la colonne vertébrale.

Le crâne, membraneux dans sa partie supérieure, contenait une assez grande quantité de sérosité transparente, qui s'est écoulée par une petite déchirure, ce qui a notablement diminué le volume de la tête, surtout en arrière.

On constate, en outre, un bec-de-lièvre double, avec tubercule médian et division de la voûte palatine et du voile du palais.

A la partie inférieure de la région dorsale, la colonne vertébrale présente une courbure latérale très-prononcée, et qu'il est impossible de redresser. La flexion a lieu du côté droit.

Le membre thoracique correspondant, à l'extrémité duquel on distingue la main, est représenté par un petit prolongement informe, aplati, et dont le squelette est très-incomplet. Sa longueur est tout au plus de 4 ou 5 centimètres.

Le pied du même côté se termine par une sorte de petit moignon, qui est formé par la réunion de deux ou trois orteils non séparés.

A un centimètre au-dessus de l'orifice anal, qui est perforé et par lequel s'écoule du méconium, on remarque un prolongement entièrement mou et cutané qui a la forme et les dimensions d'une queue de souris.

Pour terminer, ajoute M. Depaul, je dirai que les suites de couches chez la mère ont suivi jusqu'à ce jour une marche très-régulière, et que tout permet d'espérer un prompt rétablissement.

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre un rapport fait par M. Richet, au nom de la commission des prix.

La question mise au concours était la suivante : « Des paralysies traumatiques. »

Un seul mémoire avait été adressé à la Société. La commission, près l'avoir étudié, a pensé que, tout en reconnaissant à ce travail des qualités sérieuses, il n'était pas assez complet pour qu'on dût lui décerner le prix, et elle a proposé d'accorder à M. Legendre, qui en est l'auteur, une mention honorable et de déposer son travail aux archives.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Depaul.

Séance du 24 août 1859.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, l'Eloge du professeur Bégin par M. F. Hergott. (Strasbourg, 1859, in-8°.)

M. HOUEL, au nom de M. Lizé, du Mans, présente un placenta double provenant d'une grossesse simple. Il est divisé en deux parties inégales, entièrement distinctes, et n'ayant d'union entre elles que par l'intermédiaire des membranes et du cordon.

M. DEPAUL fait remarquer que les faits de ce genre ne sont pas très-rares ; pour son compte il en a rencontré plusieurs exemples. Il arrive quelquefois que, 5 ou 6 jours après l'accouchement, la femme, après avoir éprouvé une perte ou des contractions utérines douloureuses, expulse un petit délivre non déchiré sur ses bords, et indépendant de celui qui avait été extrait après la sortie de l'enfant. A ce point de vue, il importe surtout de connaître la disposition particulière du délivre signalée par M. Lizé.

— M. le docteur Paquet, de Roubaix, présente quelques observations sur le traitement chirurgical et orthopédique par la gutta-percha ferrée inventée par lui. Il met divers échantillons de cette substance sous les yeux de la Société, et simule certaines applications qu'on peut en faire.

M. HUGUIER voudrait savoir si la chaleur du corps suffit pour dessécher cette substance. D'un autre côté, il demande si on a recueilli des observations et si on est en mesure de démontrer par des faits les avantages de cette nouvelle préparation.

— M. le docteur Paquet répond que la chaleur du corps durcit la gutta-percha, et que plus de 150 observations ont été recueillies et déposées sur le bureau.

Une commission, composée de MM. Guersant, Deguise et Chassaignac, est chargée d'instituer des expériences et de faire un rapport.

M. BOUVIER montre une petite fille, maintenant âgée de 20 mois, qui lui avait été présentée l'année dernière, et à laquelle depuis ce

temps il fait porter une gouttière, pour redresser une courbure considérable de l'avant-bras gauche.

Cette difformité était congénitale et due à l'absence du cinquième inférieur du cubitus.

Une cicatrice superficielle qui existe, est le résultat d'un abcès qui s'est produit depuis la naissance et qui a succédé à des frictions faites dans le but de faire disparaître un nævus assez étendu, dont on ne retrouve plus de trace aujourd'hui.

M. Bouvier fait remarquer que la déviation de la main est due à une courbure du radius, et qu'il ne s'agit pas là d'une fracture intra-utérine, mais de l'absence de développement d'une portion du cubitus.

M. DEPAUL. Il n'est pas besoin de la production d'une cicatrice pour la disparition d'un grand nombre de nævi.

Les trois quarts de ceux qui existent au moment de la naissance s'effacent au bout de quelques mois ou de quelques années, par le fait seul des modifications qui se passent dans la peau du nouveau-né.

M. GUERSANT demande si les taches rouges, violettes, érectiles, disparaissent souvent, comme on vient de le dire? Quant à lui, jusqu'à présent, il s'est toujours empressé de les enlever quand elles ne sont pas stationnaires.

M. DEPAUL maintient sa première assertion, mais il est évident qu'il faut distinguer les taches superficielles de celles qui sont profondes, et il n'a voulu parler que des premières.

M. BOUVIER n'a pas entendu s'occuper de la tache d'une manière particulière; il n'en a parlé que parce qu'elle était congénitale comme l'absence d'une portion de l'os.

M. CHASSAIGNAC admet qu'il y a deux sortes de taches de la peau. Les unes sont vasculaires et les autres pigmentaires.

Les taches qui apparaissent après la naissance sont pigmentaires. On en retrouve sur presque tous les vieillards.

Il a en ce moment dans son service de l'hôpital une jeune femme dont toute une moitié du corps est hypertrophiée, l'autre étant normale quant à la forme et au volume. L'année précédente, il a pu observer un homme dont une main seulement était très-notablement hypertrophiée, et une femme qui offrait une mamelle beaucoup plus volumineuse que l'autre.

M. DESORMEAUX partage l'opinion émise par M. Depaul au sujet des taches de naissance. Aussi pense-t-il qu'il ne faut pas se presser d'opérer.

M. RICHET n'est pas parfaitement édifié sur l'origine congénitale de l'absence de l'extrémité inférieure du cubitus. M. Bouvier n'a pas vu l'enfant au moment de la naissance ni avant la formation de l'abcès. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'on constate une cicatrice assez profonde, et rien ne prouve qu'une portion du cubitus n'ait été éliminée depuis la naissance, à la faveur de cet abcès.

Le renversement de la main en dehors ne lui paraît pas dû à l'absence de l'extrémité du cubitus. Sur un malade chez lequel il a extrait cette portion de l'os, il ne s'est produit aucun renversement. Il en était de même chez un homme qu'il a observé autrefois dans le service de Blandin.

D'un autre côté, il ne pense pas que la gouttière employée par M. Bouvier soit suffisante pour obtenir le redressement. C'est surtout sur le radius qu'il faudrait agir.

M. BOUVIER a de nouveau interrogé la mère de cet enfant : au moment de la naissance, le petit doigt touchait le coude. C'est avec du sang du placenta qu'on a frotté la tache, et c'est à la suite de ces frictions que l'abcès s'est produit. Il persiste à croire que la difformité est bien congénitale. D'ailleurs il pense, comme M. Richet, que c'est sur le radius qu'il faut agir pour obtenir le redressement du membre.

M. RICHET n'est pas convaincu. La présence d'une cicatrice laisse des doutes dans son esprit.

M. CHASSAIGNAC, en examinant de nouveau, a constaté une luxation de l'extrémité supérieure du radius.

M. HOUEL dit que toutes les fois qu'il a vu le radius ou le cubitus manquer, il a constaté une main-bot avec courbure de l'os qui restait. Ce qui établit pour lui la congénialité de la déformation sur l'enfant qui est présenté, c'est le renflement considérable de l'extrémité inférieure du radius. Il y a une courbure du corps de l'os et de l'épiphyse. M. Bouvier ne s'est occupé que de la courbure du corps, mais celle de l'épiphyse persiste, et opposera de grandes difficultés pour le redressement définitif. Quant à la cicatrice, elle est peu profonde.

— M. FORGET communique une lettre qu'il vient de recevoir de M. Letenneur (de Nantes). Le malade opéré de la tumeur fibreuse dont il a été parlé dans les séances précédentes, paraît définitivement guéri.

La connaissance des éléments anatomiques originellement existants sous l'empire des lois du développement physiologique, et l'analyse des caractères hystologiques qui différencient les tissus primordiaux en

donnant à chacun une physionomie propre et des aptitudes fonctionnelles spéciales, sont les préliminaires indispensables de toute étude sérieuse en anatomie pathologique.

C'est, suivant moi, pour n'avoir pas toujours accordé à cette notion fondamentale l'importance qu'elle mérite, que des auteurs, estimables et renommés à juste titre, ont vu leurs recherches entachées d'erreur, et les déductions de celles-ci à bon droit contestées.

Partisan de la doctrine du naturisme, qui ne voit dans la plupart des produits morbides qu'une dérogation au mode d'accroissement physiologique, j'ai cherché dans divers travaux sur la maladie des mâchoires à faire prévaloir cette doctrine, et aujourd'hui elle trouvera une nouvelle confirmation dans l'observation suivante :

On sait que les anomalies de développement et de nutrition des dents sont, ainsi que je l'ai démontré dans un mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à la Société, le point de départ de lésions nombreuses et variées des os maxillaires ; c'est sur un fait qui, à beaucoup d'égards, peut être rapproché de ces anomalies, mais qui par la multiplicité des éléments hystologiques qui s'y trouvent engagés constitue une lésion complexe, que je me propose de retenir un instant votre attention.

Voici les détails cliniques tels que me les a adressés M. Letenneur.

Il s'agit, dit-il, d'un enfant de douze ans, présentant, à part une tumeur de la mâchoire, tous les caractères de la meilleure santé.

Le début de la maladie remonte à 15 mois. Il y eut alors au côté droit du visage un gonflement qui fut considéré d'abord comme une *fluxion.* Un abcès se forma et s'ouvrit non-seulement dans la bouche, mais encore à l'extérieur. L'ouverture cutanée resta fistuleuse, et toute la partie correspondante de la mâchoire était dure et tuméfiée. C'est alors qu'on m'amena le malade.

Les dents molaires étaient soulevées et en partie cachées par le gonflement des parties molles. La canine et la première petite molaire étaient en place à cette époque. Du pus s'écoulait par la fistule : un stylet introduit dans le trajet pénétrait au centre de la tumeur et heurtait un corps dur, inégal, que je crus être un séquestre invaginé. Je jugeai prudent d'attendre avant d'agir, et je recommandai aux parents de me ramener leur enfant de temps en temps.

Un an se passa avant qu'ils revinssent consulter notre confrère. Pendant ce temps, continue M. Letenneur, les choses avaient bien changé.

La fistule cutanée s'était cicatrisée et toute suppuration avait cessé.

Actuellement il existe au côté droit de la mâchoire inférieure une tumeur qui soulève la joue et paraît avoir le volume du poing.

Examinée du côté de la bouche, on voit qu'elle occupe tout le côté droit du maxillaire, à partir et y compris la dent canine. Elle remonte sous l'arcade zygomatique, sous laquelle elle s'enfonce, s'étend en dedans jusqu'au milieu de la cavité buccale, repousse la langue et comprime la mâchoire supérieure, qui est déformée et refoulée à gauche. Les dents de la mâchoire supérieure sont inclinées en dedans et reposent dans un sillon creusé à la surface de la tumeur.

Cette tumeur est bosselée, recouverte de sa membrane muqueuse, légèrement ulcérée dans le sillon tracé par la pression des dents de la mâchoire supérieure.

Dans la plus grande partie de son étendue, la tumeur a une consistance ferme et élastique comme un corps fibreux. En dedans et en dehors et à sa partie inférieure, elle est renfermée dans une coque osseuse très-résistante, surtout à sa base.

La dent canine et la petite molaire voisine sont placées sous l'enveloppe muqueuse ; renversées, elles perforent cette enveloppe dans un point.

Il n'existe pas d'autres traces de dents sur le reste de la tumeur. Les mouvements de la mâchoire sont très-bornés ; dans sa plus grande élévation, il reste un centimètre d'écartement entre les deux arcades dentaires.

Opération. — Elle consista à inciser le sinus inférieur sur la ligne médiane, puis à continuer la division des parties molles en prolongeant la première incision jusqu'à l'angle de la mâchoire. Le lambeau disséqué, la tumeur est mise à nu dans toute sa surface externe ; les deux dents (canine et molaire voisines) sont arrachées; la coque osseuse est coupée au moyen des cisailles de Liston, d'une petite scie droite, de la gouge et du maillet.

J'essayai alors, mais en vain, dit M. Letenneur, d'enlever la tumeur avec des leviers : je me décidai à la fragmenter, et, après l'avoir divisée en trois portions, je pus énucléer chaque partie , même celle qui s'enfonçait dans la fosse zygomatique.

Je m'aperçus alors que la coque osseuse envoyait en dedans des crêtes saillantes se continuant par des cloisons fibreuses, qui pénétraient dans la masse de la tumeur. La coque osseuse a été ensuite divisée en dedans et en dehors; la partie inférieure, qui devait contenir le nerf et les vaisseaux dentaires, fut seule conservée.

Les parties molles ont été réunies par la suture entortillée.

La réunion a eu lieu par première intention.

Aujourd'hui, il y a deux mois que l'opération a eu lieu, les parties molles extérieures et intérieures qui recouvrent l'os ont le meilleur aspect. Les deux lames osseuses qui servaient de réceptacle au tissu fibreux, se sont rapprochées. L'enfant peut mastiquer sans aucune gêne ; tout porte à croire qu'il n'y aura pas de récidive.

Examen anatomique. — En rapprochant les diverses portions de la pièce pathologique, on peut se convaincre qu'elle a réellement le volume indiqué par l'auteur, c'est-à-dire celui du poing. J'en ai fait faire un dessin colorié par M. Leveillé, qui, avec son talent bien connu, en a reproduit très-heureusement l'ensemble ainsi que quelques détails d'une importance capitale, qui révèlent son origine et son mode d'évolution.

A première vue, les saillies, arrondies, mamelonnées en relief à la surface de la tumeur, et séparées par des dépressions ou méplats interposés à chacune d'elles, donnent à penser que cette production pathologique a une structure composée ; d'autre part, les points nombreux sur lesquels le toucher constate la dureté et la résistance propres au tissu osseux, ne laissent aucun doute sur la complexité des éléments qui la forment.

En effet, recouverts et enveloppés par une membrane d'apparence dense, serrée, fibro-celluleuse, peu vasculaire, et fixée par elle dans une sorte d'agrégation qui les presse et les applique intimement les uns contre les autres, ces éléments peuvent se décomposer en tumeurs multiples, faciles à isoler l'une de l'autre par une simple traction avec les doigts dès que la membrane commune ou d'enveloppe a été incisée ; cette disgrégation de la masse morbide en plusieurs lobes distincts, et l'isolement respectif de ceux-ci, s'opèrent d'une façon analogue jusqu'à un certain point à celui des châtaignes dont l'enveloppe herbacée a été ouverte.

La membrane commune à toute la tumeur m'a paru envoyer des prolongements en forme de cul-de-sac, se terminant par réflexion au point d'intersection des lobes, sans pénétrer d'une manière bien manifeste entre eux.

Forme et structure des lobes. — De forme ovoïde, son volume, variable, est en rapport avec son degré particulier de développement ; chaque lobe a deux extrémités : l'une correspondant à la surface de la tumeur, est tournée du côté de la bouche ; elle est généralement la plus grosse ; l'autre regarde du côté de la base de la tumeur, où elle semble se confondre avec un tissu fibro-celluleux très-dense en ce

point, très-résistant, et servant vraisemblablement de moyen d'insertion à ce pédicule, commune à toute la production pathologique.

En entrant plus avant dans chacune de ces tumeurs, on y remarque, disposés dans un ordre régulier et avec une symétrie constante, des tissus identiques.

Ces tissus sont :

1° L'enveloppe externe fibro-celluleuse avec des degrés variables d'épaisseur, de consistance, et adhérant assez faiblement au tissu qu'elles recouvrent pour qu'il soit assez facile de l'enlever par une sorte de décortication;

2° Le même tissu que plusieurs coupes faites au hasard m'ont montré partout homogène, sauf quelques différences de consistance et d'aspect. Il est blanc, un peu jaune par places, nacré et brillant sur d'autres; sec et ferme, il résiste en offrant une certaine élasticité sous la pression. Plus humide et plus friable, il se laisse déchirer si on le considère dans les plus petites tumeurs.

Ce tissu m'a paru être de nature fibreuse, et la variété d'aspect qu'il présente m'a semblé dépendre de ce qu'il n'a pas acquis sur tous les points un égal degré de développement. On verra que le microscope si clairvoyant de M. Ch. Robin a confirmé mon diagnostic.

3° A la périphérie du tissu fibreux, il existe un assez grand nombre de plaques et lames osseuses formant le plan le plus superficiel de chaque tumeur lobulée. Ce tissu osseux, qui se montre sur une foule de points de cette production pathologique, et toujours en connexion avec la substance fibreuse, affecte des formes variées ; ce sont celles de plaques plus ou moins grandes, de fragments allongés, inégaux, et quelquefois de noyaux et de granulations. Ce tissu est spongieux, de couleur jaune, et se laisse couper aisément par lamelles.

J'ai fait représenter sur le dessin deux petites tumeurs fibreuses où la disposition des parties qui les constituent est indiquée avec beaucoup de précision.

L'une d'elles est vue isolée à l'intérieur du tissu fibro-celluleux qui a été disséqué et écarté : on voit les noyaux de tissu osseux jaune dont j'ai parlé. L'autre montre la tumeur incisée; au centre la substance fibreuse, puis vient la coque osseuse périphérique et le tissu membraneux ou périostique qui la revêt.

Des dents. — Trois dents existent dans cette pièce pathologique : deux ont été représentées par le dessin; une grosse molaire placée dans une loge distincte et sous une masse fibreuse qui la masque. Cette dent avait à sa surface une sorte de coussinet fibro-vasculaire,

que M. Letenneur semble disposé à considérer comme étant le follicule dentaire déformé, mais que le développement complet de cette dent indiquerait bien plutôt n'être que le périoste alvéolo-dentaire altéré ou anormalement développé.

Les deux autres dents, également incluses dans une cavité distincte tapissée d'une membrane lisse, polie, légèrement rosée, étaient comme enkystées dans la tumeur. L'une d'elles, par un de ses côtés, répond à une lame de tissu osseux appartenant à une alvéole. Cette dent, tronquée à sa racine, présente une notable ampliation du canal qui la parcourt.

Tumeurs osseuses (alvéoles hyperostosées). — Indépendamment des trois dents dont j'ai signalé la présence au sein du produit pathologique, deux tumeurs osseuses s'y trouvaient contenues chacune dans une loge distincte.

Ces tumeurs formaient comme deux séquestres au milieu de la substance fibreuse qui les enveloppait; aucune relation vasculaire ne m'a paru exister entre elles et cette dernière.

Malgré toutefois cette apparence, la porosité de ces masses osseuses, l'intégrité de leur tissu, son inaltérabilité évidente, et surtout l'absence autour d'elles de toute trace d'inflammation et de suppuration, contrairement à ce qui a lieu sur les confins de tout fragment osseux isolé au sein des parties molles et devenu ainsi corps étranger à l'économie, ces divers motifs donnent à penser que cette séquestration n'était qu'apparente; c'est d'ailleurs ce que démontre l'examen de ces deux pièces : l'une et l'autre sont le siége d'un travail morbide dont l'évolution exige pour s'accomplir un certain degré de vitalité.

L'une de ces pièces porte à son centre une dent incisive, circonscrite à son collet par trois petites tumeurs fibreuses du volume d'un pois, dont les pédicules grêles semblent plonger dans l'épaisseur du tissu osseux. La coupe de cette tumeur montre une cavité centrale qui n'est autre que l'alvéole de la dent précitée, et une autre cavité appartenant à une alvéole voisine.

Ces cavités sont remplies d'un tissu fibreux en voie de formation; on peut s'assurer qu'il soulève la racine de la dent déjà remontée et en partie expulsée de sa cavité de réception, et que, en outre, il est continu sur ses côtés, entre elle et l'alvéole osseuse, avec les petites tumeurs fibreuses que j'ai indiquées. Quant aux parois alvéolaires, l'hyperostose du tissu qui les constitue est on ne peut plus évidente : c'est elle qui a produit la formation de ces tumeurs osseuses.

Même disposition sur les fig. 4 et 5. La fig. 4 représente l'alvéole

entière. On voit dans les interstices du tissu osseux des faisceaux fibreux en voie d'émergence; la coupe de la pièce fig. 5 montre l'intérieur de l'alvéole ou sa cavité comblée par ce même tissu, circonscrit de toute part par l'élément osseux, dont l'exagération anatomo-physiologique n'est pas plus contestable que sur la pièce précédente.

Réflexions. — Après cet exposé anatomique, dont les détails peut-être un peu minutieux se justifient par la rareté d'une pièce semblable, et conséquemment par l'intérêt hystologique qui s'y rattache, on est logiquement conduit à se demander quelle est la nature de la maladie, et quel pronostic on est en droit d'en tirer.

A coup sûr, vue dans son ensemble avec cette association bizarre de parties molles, de tissu osseux et de dents perdues dans la masse morbide, cette tumeur aurait pu être considérée comme un ostéosarcome de la mâchoire, à une époque où l'esprit d'analyse, appliqué à l'étude hystologique de chaque tissu morbide, n'avait pas encore démêlé les caractères distinctifs qui différencient les divers états pathologiques longtemps confondus sous cette dénomination générale. Mais aujourd'hui, après les recherches fécondes qui ont éclairé la pathogénie des os maxillaires, avec la connaissance parfaite que nous possédons des éléments anatomiques variés qui concourent originellement à la constitution des organes alvéolo-dentaires, et qui par leur complexité même prédisposent la mâchoire à une série de lésions qui ne sauraient exister dans les autres points du squelette, la détermination de celles-ci commande une étude plus sévère et un diagnostic plus rigoureux.

Il résulte pour moi des détails anatomiques qui précèdent que cette observation offre un exemple rare d'une transformation hypertrophique des divers éléments qui entrent dans la composition des organes alvéolo-dentaires : c'est *une maladie de la dentition*, en ce sens que c'est précisément à l'époque de l'évolution des dents secondaires que les premières manifestations morbides se sont produites ; c'est à l'âge de dix ans que le gonflement fluxionnaire de la mâchoire s'est montré, et c'est deux ans plus tard que l'intervention du chirurgien est devenue nécessaire : en l'espace de deux années, marquées d'ordinaire par l'éruption physiologique des dents molaires et de la dent canine permanente, la tumeur a pris un développement considérable ; sa marche a donc été des plus rapides. Or cette dernière circonstance, disons-le, ne plaide pas en général en faveur d'un pronostic favorable.

Quoi qu'il en soit, je le répète, l'examen anatomique, rapproché des données que nous possédons sur la structure primordiale des or-

ganes alvéolo-dentaires, ne me laisse aucun doute sur l'origine et la nature de cette tumeur.

En se reportant aux fig. 2 et 4, on saisit en quelque sorte à l'état élémentaire le fait pathologique : l'alvéole osseuse, le périoste alvéolo-dentaire et la dent elle-même s'y présentent dans des conditions spéciales qui autorisent à croire que ce périoste est l'élément générateur de ces tumeurs fibreuses qui, comme on peut le voir, arrivées à un degré avancé de développement, retiennent encore par leur forme nette et bien circonscrite l'empreinte du moule osseux ou de l'alvéole qui les a contenues à leur origine. Celle-ci, comme le tissu fibreux qui la double, comme les bulbes dentaires dont les différents feuillets ont dû aussi être entrés comme partie intégrante dans la composition de ces tumeurs, l'alvéole, dis-je, a participé du mouvement nutritif en excès qui a présidé à l'évolution de cette production morbide, et c'est à cette participation qu'est due l'hyperostose du tissu osseux de ses parois.

Un des faits remarquables de cette pièce anatomique, et que pour ma part je n'avais pas encore observé, est sans contredit l'isolement de ces deux alvéoles, dont l'une, avec la dent qui s'y trouve implantée, représente l'organe alvéolo-dentaire en totalité. Cette séquestration des cavités alvéolaires avec hyperostose de leurs parois, qui les place en dehors de toute solidarité avec le corps de l'os maxillaire, ne peut s'expliquer que par un travail morbide qui, ayant existé à une époque de la vie où la fusion anatomique de l'arc alvéolaire et du corps de la mâchoire ne s'est pas encore effectuée, a ainsi empêché l'ossification régulière de relier ces deux parties entre elles.

Disons, en outre, pour justifier notre opinion sur l'étiologie et la nature de cette tumeur, que M. Ch. Robin l'a partagée de tout point, après s'être livré à un examen microscopique qui lui a démontré qu'il s'agissait manifestement ici de tumeurs dérivant des bulbes dentaires, et en conservant la texture caractéristique fondamentale.

Examen au microscope. — Ce qui frappe surtout dans la constitution de ce tissu, dit ce savant anatomiste dont je reproduis ici la note rédigée par lui-même, et ce qui lui donne un aspect tout spécial, c'est la présence entre les fibres qui en forment la trame d'un grand nombre de noyaux ovoïdes allongés ; ces noyaux sont semblables aux noyaux embryo-plastiques (fibro-plastiques). Beaucoup d'entre eux sont du quart à la moitié plus grands qu'on ne les trouve ordinairement dans les tissus normaux.

Ces noyaux, vus par leur extrémité, ont une forme sphéroïdale ; ils

sont par places disposés assez régulièrement à une certaine distance les uns des autres, entre les faisceaux de fibres du tissu cellulaire, qui concourt à former la trame du tissu.

Outre ces éléments, on aperçoit des corps fibro-plastiques étoilés, semblables à ceux que l'on observe près de la surface du bulbe dentaire des jeunes sujets et des fœtus, et qui forment presque à eux seuls l'organe de l'émail pendant l'évolution intra-folliculaire de la dent.

On sait que ces corps fibro-plastiques étoilés, au lieu d'être à deux prolongements fusiformes plus ou moins longs, fournissent deux à cinq prolongements pâles sur la périphérie du noyau central. Tel était le cas dans cette tumeur, et beaucoup des prolongements de ces corps fibro-plastiques avaient une longueur considérable. Quelques-uns étaient manifestement anastomosés, comme beaucoup le sont dans le tissu des organes normaux ci-dessus.

Par places, les noyaux libres indiqués plus haut et les noyaux centraux des corps fibro-plastiques, étaient disposés parallèlement les uns aux autres et assez rapprochés.

Malgré cette dernière particularité, qu'on ne rencontre pas habituellement dans le tissu du bulbe dentaire, il était impossible de ne pas reconnaître les analogies existant entre le tissu de cette tumeur et celui de la pulpe dentaire chez le fœtus.

La trame de fibres lamineuses, complétement développées, est seulement bien plus abondante dans ces tumeurs que dans les organes normaux ; de là une teinte blanchâtre, mate à l'œil nu, et une demi-opacité sous le microscope que la pulpe dentaire ne possède pas.

En outre, la vascularité du tissu morbide était ici manifestement moindre que dans la pulpe normale. Il y avait aussi moins de substance amorphe interposée aux éléments décrits plus haut que dans la pulpe dentaire.

Quoi qu'il en soit, l'examen comparatif du tissu de cette dernière et du tissu morbide, montre qu'il s'agit manifestement ici de tumeur dérivant des bulbes dentaires et en conservant la texture caractéristique fondamentale.

Cette texture est modifiée, il est vrai, par la surabondance des fibres lamineuses, par une différence dans la proportion des divers éléments constitutifs, mais sans intervention d'éléments autres que ceux qui entrent dans la composition du bulbe dentaire.

C'est dans la cavité alvéolaire des masses osseuses isolées que se voyait de la manière la plus caractéristique la texture que nous avons décrite.

Pronostic. — Une dernière question, la plus importante pour le malade et pour le chirurgien, reste à résoudre : c'est celle du pronostic et des éventualités probables de la maladie.

Si nous étions encore à l'époque peu éloignée où, sur la foi du microscope révélant au sein d'un tissu morbide certains éléments hystologiques caractérisés par une physionomie spéciale et qui leur était propre, on pouvait préjuger avec certitude la nature de ce tissu et ses phases successives de développement ; à coup sûr, l'absence de tout élément cancéreux dans cette tumeur, où le microscope n'a trouvé que des éléments exagérés ou déformés des tissus originels, prouverait que l'hétéromorphisme n'a rien à y revendiquer, et que la production pathologique ne rentre pas dans la classe des tumeurs malignes comprises sous cette dénomination : il s'agit donc d'un produit homœomorphe, c'est-à-dire d'un de ceux dont la présence au sein de l'économie n'est pas signalée d'ordinaire par les conséquences fatalement attachées aux premières. S'ensuit-il pour cela que la maladie ait dit chez ce jeune malade son dernier mot, et peut-on affirmer qu'il sera à l'abri de toute récidive ?

Pour moi, qui ne crois pas que la maladie soit toujours dans le tissu dont on a débarrassé l'économie, qui pense qu'il n'en est souvent que la manifestation, j'avoue que tout danger ne me semble pas encore conjuré pour le jeune sujet de cette observation.

Me fondant sur la marche rapide de la maladie, sur les connexions intimes qui rattachent ces tumeurs fibreuses au tissu osseux en les reliant entre eux par une sorte de fusion réciproque, et tenant compte surtout de la solidarité physiologique (nervoso-vasculaire) existant entre l'arc alvéolaire et le corps de l'os maxillaire que le chirurgien a respecté, je ne suis pas sans quelque appréhension sur les suites ultérieures qu'aura cette opération. On peut légitimement craindre que la cause toute vitale, que la puissance épigénésique qui a présidé au développement de la maladie, puissance qui procède de la constitution même du sujet, et qui peut lui demeurer inhérente après comme avant l'opération, ne continue d'agir sur le corps de l'os, et que celui-ci ne devienne plus tard le point de départ d'une création morbide identique à celle qui une première fois a nécessité l'intervention du chirurgien.

M. VERNEUIL. Dans les commentaires qu'il a ajoutés à l'observation de M. Letenneur et dans les nouveaux détails qu'il donne aujourd'hui, M. Forget emploie volontiers les mots d'éléments hétéromorphes et homœomorphes, comme impliquant la bénignité ou la malignité des tumeurs composées de ces éléments. Or, depuis bien longtemps, cette

assimilation, jugée fautive par les micrographes eux-mêmes, a été abandonnée, car ils ont contribué à démontrer que les productions telles que les enchondromes, les fibromes, les adénomes, qui ne renferment que des éléments analogues à ceux que présente l'organisme normal, peuvent affecter dans leur marche et leur terminaison les allures les plus malignes.

Continuer cette synonymie, c'est faire un anachronisme, et M. Verneuil tient à le faire remarquer, ne serait-ce que pour constater l'état de la science au moment présent.

M. FORGET. Dans mon esprit, il y a une différence.

— M. LEGOUEST met sous les yeux de la Société une balle autrichienne. Sa forme est cylindrique et ogivale.

Celles dont nous nous servons en France sont simplement évidées; de cette façon elles sont moins exposées à culbuter, leur centre de gravité se trouvant plus en avant.

Les balles autrichiennes atteignent le même but à l'aide de deux rainures circulaires et profondes qui se trouvent à la partie postérieure, dont le poids est ainsi notablement diminué.

M. CHASSAIGNAC demande quel intérêt il y a à ce que la balle pénètre par la pointe?

M. LEGOUEST répond que cela est important au point de vue de la science de l'artillerie et au point de vue de la chirurgie. La balle qui marche la pointe en avant arrive plus sûrement au but: c'est là un fait de balistique parfaitement connu.

Au point de vue chirurgical, on comprend qu'elles pénètrent beaucoup mieux.

M. LARREY. Les milliers de blessures que je viens de voir dans la campagne d'Italie m'ont appris beaucoup de choses à ce sujet.

Les blessures sont beaucoup plus graves avec les balles cylindro-coniques qu'avec les balles rondes.

Nos balles françaises, qui sont d'un calibre plus fort, arrivent moins vite au but, mais produisent des lésions beaucoup plus graves. Les balles cylindro-coniques tendent à se déformer davantage.

M. CHASSAIGNAC demande si l'expérience des tirs a permis de constater la portée réelle de ces balles, et s'il est démontré qu'elles occasionnent des désordres plus étendus.

M. LARREY reconnaît que cette question est très-sérieuse. La portée des nouvelles balles est beaucoup plus grande. Tout cela est connu et a été très-exactement calculé.

M. LEGOUEST rappelle qu'il a publié dans les *Archives de médecine* un mémoire dans lequel il a consigné tout ce qu'on savait sur cette question jusqu'à la guerre d'Italie; on y trouve tous les renseignements demandés par M. Chassaignac. Ils sont également contenus dans les ouvrages spéciaux qui ont été écrits sur cette matière.

M. DEGUISE. Il résulte de ce qui a été dit, qu'on ne sait pas au juste si les balles autrichiennes portent plus loin que les nôtres. Mais personne n'ignore que les balles rondes ont une portée beaucoup moins grande, tandis que celles qui sont petites, allongées et pointues, vont à des distances considérables.

M. LEGOUEST. Lorsque les balles évidées se forcent en sortant, elles perdent une partie de leur portée. L'incrustation qui se fait dans les rainures de l'arme explique un peu ce résultat : mais il faut aussi tenir compte de la quantité de poudre employée.

RAPPORT.

M. ALPH. GUÉRIN, au nom d'une commission composée de MM. Richet, Deguise et Guérin, fait le rapport suivant sur les travaux de M. Ancelon (de Dieuze) :

M. le docteur Ancelon, chirurgien de l'hôpital de Dieuze, aspire depuis longtemps déjà au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie. Avant moi, on vous a entretenus de quelques-uns de ses travaux ; mais dans la pensée que ceux qui ont été l'objet d'un rapport pourraient paraître insuffisants, notre confrère nous a adressé plusieurs mémoires que je vous demande la permission de résumer, au nom d'une commission dont MM. Deguise et Richet font partie.

Dans un premier mémoire, M. Ancelon s'occupe de la luxation simple du coude en avant de l'humérus. Après avoir rappelé l'opinion des auteurs classiques sur cette espèce de déplacement, il rapporte deux observations, dont la première au moins me paraît mériter le titre sous lequel elle est décrite.

Un enfant de huit ans, d'une chétive constitution, ayant les coudes conformés de telle sorte qu'ils sont presque concaves en arrière quand l'avant-bras est étendu sur le bras, ayant d'ailleurs toutes les articulations très-mobiles et d'une grande laxité, tomba sur la glace, et, dans sa chute, son corps porta sur son avant-bras gauche fléchi et sur le bras. Ce n'est que vingt-quatre heures plus tard que l'on appela un médecin, qui constata les symptômes suivants :

Le membre malade est inerte et pendant ; la main est en pronation ; l'articulation du coude, très-douloureuse, énormément tuméfiée,

est mobile dans tous les sens, et ses mouvements s'accompagnent d'une crépitation manifeste. En arrière, où la tuméfaction est bien moindre qu'en avant, il existe un large sillon transversal, et l'on ne rencontre plus le moindre indice de la présence de l'olécrâne en ce point. Des sangsues et des cataplasmes ayant été appliqués, M. Ancelon fut appelé le lendemain en consultation, et comme le gonflement de la veille avait beaucoup diminué, le médecin reconnut facilement un allongement du membre que la mensuration lui démontra être de trois centimètres ; il constata aussi la mobilité et la crépitation qui avaient été observées la veille.

Une exploration attentive ayant permis de reconnaître que le sillon transversal de la face postérieure du coude était limité en haut par la trochlée reconnaissable à travers la peau, et inférieurement par l'olécrâne, dont la pointe appuyait sur la face médiane et antérieure de la trochlée, je constatai, dit M. Ancelon, en fléchissant l'avant-bras à angle droit, que la pointe olécrânienne formait, avec ressaut, la saillie du coude à plus de deux centimètres en avant du point où elle devait se trouver, et je diagnostiquai une luxation du coude en avant, sans fracture de l'olécrâne.

On procéda ensuite à la réduction de la manière suivante : deux aides faisant l'extension et la contre-extension, M. Ancelon saisissant à pleines mains l'extrémité inférieure du bras et la partie voisine de l'avant-bras, poussa les surfaces articulaires l'une vers l'autre, en fléchissant le membre à angle droit. Le bruit qui accompagne la réduction des luxations ayant été entendu, et l'olécrâne ayant repris brusquement la place qu'il occupe à l'état normal, on put croire un instant que la réduction était complète; mais on ne tarda pas à reconnaître le contraire en voyant le déplacement se reproduire. On réduisit de nouveau la luxation, qui aussitôt après se reproduisit. Certes, dit M. Ancelon, pour des observateurs inattentifs, c'était le cas de croire à l'existence d'une fracture dans le voisinage de l'articulation; mais, comme nous étions sûrs de notre diagnostic mon confrère et moi, nous reconnûmes, en étudiant le mécanisme de la reproduction lente, *en quelque sorte progressive* de la luxation, que la tête du radius, n'ayant point suivi le cubitus dans le mouvement de réduction, restait arc-boutée contre la face antérieure de l'épicondyle, et servait de centre à tous les efforts du déplacement qui s'opérait spontanément. Le radius ayant été réduit, tout rentra dans l'ordre. L'enfant aujourd'hui se sert de son bras.

Étudiant le mécanisme suivant lequel se produit la luxation de l'avant-

bras en avant, M. Ancelon pense que la courbure à convexité antérieure qu'il a observée sur l'humérus de son petit malade a eu la plus grande influence sur la production de l'accident, et il soutient que cette espèce de luxation ne peut se produire que par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, la torsion suivant l'axe du membre et la flexion dans le sens de l'extension lui paraissant, dit-il, peu admissibles.

Je regrette que M. Ancelon se soit cru autorisé à se prononcer d'une manière aussi exclusive, sans nous dire pourquoi il rejette une opinion admise par des chirurgiens qui, sans se contenter des faits cliniques, ont eu recours à des expériences au lieu de faire des théories *à priori*. Si nous étudions avec les auteurs qui se sont occupés de cette luxation le mécanisme par lequel elle se produit, nous reconnaîtrons qu'une observation ne suffit pas pour résoudre la question : M. Colson admet que la luxation de l'avant-bras en avant peut se produire :

1° Par une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras;

2° Par un mouvement imprimé à l'avant-bras de manière à lui faire décrire un arc de cercle autour de l'axe de l'humérus;

3° Par une extension forcée de l'avant-bras, c'est-à-dire par la flexion en arrière.

M. Debruyn admet que la luxation en avant peut se produire :

1° Par extension forcée ou flexion en arrière;

2° Par torsion.

Dans aucun cas il n'est parvenu à luxer l'avant-bras en avant par la simple flexion du membre, mécanisme dont il ne repousse pourtant pas la possibilité, quand une violence extérieure s'exerce directement sur l'olécrâne de haut en bas et d'arrière en avant.

Dans l'observation de M. Colson, le malade fit une chute sur l'olécrâne pendant que son avant-bras était fléchi sur le bras. Il semble que la luxation s'est produite de la même manière dans le fait de M. Leva (d'Anvers).

Le mécanisme de la luxation par l'impulsion de l'olécrâne en bas est encore probable dans l'observation de M. James Prior : un homme, âgé de trente-quatre ans, soulevait un poids énorme avec un cric; la chaîne se rompit, et le manche du tour vint frapper avec violence la partie inférieure du coude de l'ouvrier.

L'auteur ne dit pas dans quel sens le manche du tour frappa le coude; mais il est difficile de comprendre la production de la luxation dans ce cas, sans admettre que le coup dut porter sur l'olécrâne.

De son côté, M. Malgaigne dit que, si l'on suppose une chute sur le

coude lorsque l'avant-bras est complétement fléchi, il est aisé de voir que les saillies osseuses ne font nul obstacle à la luxation en avant.

On voit que l'observation des faits a réfuté suffisamment l'opinion de J. L. Petit, qui considérait la luxation en avant comme très-difficile, sinon impossible, sans fracture de l'olécrâne. Cette opinion ayant été généralement admise jusqu'en 1818, j'ai voulu juger par moi-même des difficultés que la structure de l'articulation huméro-cubitale oppose à la luxation du coude en avant. Pour cela, voici les expériences que j'ai faites sur le cadavre :

Dans une première expérience, j'ai cherché à luxer l'avant-bras en avant en le fléchissant violemment sur le bras. Ces deux parties du membre arrivaient au contact sans que le rapport normal des surfaces articulaires fût modifié. Je pensai que je serais peut-être plus heureux en combinant la flexion forcée avec un mouvement soit de traction, soit de rotation; j'échouai comme dans l'expérience précédente.

Comme je n'employais que la force de deux hommes dans ces tentatives de luxation, le résultat que j'ai obtenu ne peut point être opposé aux expériences dans lesquelles on a fait intervenir des machines. Mais avec des forces moindres, la luxation se produisit facilement dès que j'eus préalablement divisé les ligaments externe et interne de l'articulation par une section sous-cutanée.

Je répétai plusieurs fois cette expérience, et j'obtins toujours le même résultat.

Dans aucun cas je n'eus recours à la section du tendon du triceps, qui me semblait *à priori* devoir opposer une grande résistance à la luxation en avant. Avant moi, M. Denucé avait reconnu que la section des ligaments rend la luxation facile; mais il a attribué dans son mémoire au ligament postérieur et au tendon du triceps une résistance que je n'ai constatée dans aucune de mes expériences.

En coupant le ligament antérieur, on permet à l'olécrâne de remonter plus haut en avant de l'humérus; mais il n'est pas nécessaire de pratiquer cette section pour rendre la luxation possible.

Il résulte des expériences que je viens de décrire, que la luxation de l'avant-bras en avant par la flexion aidée de la rotation est très-facile dès que les ligaments interne et externe sont rompus.

J'ai aussi tenté à plusieurs reprises de reproduire les expériences de MM. Colson et Debruyn, dans lesquelles on a produit la luxation en avant par l'extension forcée du bras.

Un cadavre ayant la pointe du coude appuyée sur le bord d'une table, je suis parvenu, en saisissant son bras d'une main et son poi-

gnet de l'autre, à opérer une flexion complète de l'avant-bras sur le bras dans le sens de l'extension, sans pouvoir ramener l'olécrâne en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le ligament antérieur de l'articulation s'est rompu; l'olécrâne a résisté sans se fracturer, et son extrémité supérieure, glissant de haut en bas, est venue se placer au niveau de la poulie articulaire de l'humérus sans jamais passer en avant. Il m'a semblé que les fibres postérieures ou olécrâniennes du ligament latéral interne constituent l'obstacle qui s'oppose à la luxation par l'extension forcée du bras. Cette expérience, plusieurs fois répétée, est en opposition avec l'opinion qui considère l'olécrâne comme étant le plus grand obstacle à la production de la luxation en avant, puisque dans l'extension forcée que j'ai imprimée aux membres sur lesquels j'expérimentais, cette apophyse a subi sans se rompre un mouvement de rotation par suite duquel sa surface antérieure est devenue inférieure, puis postérieure.

La fracture de l'olécrâne se produit, je crois, par un mécanisme différent de celui par lequel les surfaces articulaires perdent leur rapport normal, contrairement à l'hypothèse de J. L. Petit.

Ces expériences, que j'ai faites avec soin, me semblent parfaitement en rapport avec les résultats de l'observation clinique. On sait, en effet, qu'il existe dans la science une demi-douzaine de faits incontestables de luxation de l'avant-bras en avant, sans complication de fracture; dans tous le déplacement n'est pas au même degré.

Les observations de MM. Monin, Velpeau, James Prior, dans lesquelles il y avait chevauchement de l'olécrâne en haut, sont des exemples de luxation complète; les faits de M. Colson, de M. Ancelon, et peut-être ceux de M. Guyot et de M. Leva (d'Anvers), paraissent appartenir aux subluxations ou luxations incomplètes; cette différence dans les degrés du déplacement des os trouve son explication dans les expériences que j'ai faites sur le cadavre. Nous avons vu, en effet, que dans la luxation qui résulte d'une violence par laquelle l'avant-bras a été fléchi sur le bras dans le sens de l'extension, la partie postérieure ou olécrânienne du ligament interne de l'articulation n'étant pas rompue, s'oppose à ce que l'olécrâne vienne se placer au-devant de la trochlée; il n'en est plus de même lorsque avant de produire la luxation, on a pris la précaution de diviser les ligaments interne et externe par la méthode sous-cutanée.

Il y a dans le fait de M. Ancelon une particularité qui n'avait point encore été indiquée, et qui me semble mériter le plus sérieux intérêt. Jusqu'ici, on avait considéré la reproduction immédiate du déplace-

ment après la réduction d'une luxation, comme étant le signe infaillible de la coexistence d'une fracture. Dans l'observation de M. Ancelon il n'y avait pas de fracture, et pourtant la luxation s'est reproduite immédiatement après la réduction. Quelle était la cause réelle de cette reproduction? L'auteur de l'observation pense que les moyens d'union du radius avec le cubitus ayant été rompus, le radius n'a point suivi le cubitus quand on a rétabli ce dernier os dans ses rapports normaux avec la trochlée humérale, et que, « resté arc-bouté contre la face antérieure de l'épicondyle, il a servi de centre à tous les efforts du déplacement spontané. »

Quoique cette explication ne soit pas remarquable de précision, elle nous fait suffisamment comprendre la pensée de l'auteur : les ligaments qui établissent une sorte de solidarité entre les deux os de l'avant-bras ayant été incomplétement déchirés, se seront laissé distendre pendant les efforts de réduction, mais bientôt, par leur élasticité, ils auront ramené le cubitus, sans doute incomplétement réduit, en avant de la trochlée humérale. Toujours est-il que la réduction devint définitive dès que la tête du radius eut été remise en place.

Il n'est pas impossible que des faits semblables aient été pris pour des cas de fracture. M. Ancelon a donc rendu un véritable service à la science en étudiant avec soin la cause d'un déplacement qui aurait reçu une tout autre interprétation si le chirurgien s'était contenté des préceptes généraux de la pathologie des fractures.

— La seconde observation du mémoire est bien moins concluante que la première; elle est assez courte pour que je la rapporte ici textuellement.

« En 1850, on amena à ma consultation de l'hôpital une petite fille de treize ans, chétive, lymphatique, qui avait le membre supérieur gauche fléchi à angle droit et l'articulation huméro-cubitale ankylosée. Elle avait été traitée dix-huit-mois auparavant pour je ne sais quelle prétendue fracture du bras. Voici en quel état étaient les choses :

« L'enfant était très-maigre, et l'appendice malade n'ayant pas continué à se développer comme son correspondant, on voyait que la saillie olécrânienne n'occupait point sa place accoutumée. La trochlée, encore bien reconnaissable, n'était recouverte que par des téguments fort amincis et par l'olécrâne, qui la sépare de la poulie humérale par un sillon tendant à se combler de tissus de nouvelle formation, faisait une saillie étrange en avant de ce sillon. Les doigts, fermés sur la main, étaient ankylosés. Il y a pour moi dans ce fait, ajoute M. Ancelon

une luxation en avant que l'on a sans doute confondue avec la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. »

Je dirai, si l'on veut, avec M. Ancelon, que c'est là sans doute un nouveau cas de luxation en avant. Mais il est bien difficile de juger de la nature d'une lésion quand on n'a pour se faire une opinion que l'examen d'un membre ankylosé.

M. Ancelon s'est occupé dans son second mémoire du *traitement du staphylome de la cornée transparente par la ligature.*

Je regrette que la publicité donnée à ce travail depuis qu'il nous a été envoyé, ne me permette plus d'en faire l'objet d'un rapport. Je me bornerai à rappeler en quoi consiste l'opération de la ligature, dont il est question dans ce mémoire.

Deux fines et longues épingles d'entomologiste sont enfoncées dans la base du staphylome, de manière à figurer un X, puis le chirurgien, jetant un fil de soie derrière les épingles, étreint la partie saillante de la cornée en faisant un nœud qui met en contact les parois opposées de la membrane de Descemet. Le pansement consiste à fixer sur la joue les extrémités du fil, à protéger l'œil contre les pointes des épingles à l'aide d'un morceau de sparadrap, et à recouvrir le tout d'un plumasseau de charpie enduit de cérat, qu'un bandeau maintient en place.

C'est au congrès de Bruxelles, en 1857, que M. le professeur Borelli (de Turin) fit connaître les avantages de la ligature ainsi modifiée. A cette époque déjà, quinze malades affectés de staphylome avaient été opérés suivant ce procédé, et aucun n'avait accusé une vive douleur.

M. Borelli, rapprochant cette ligature du procédé de Celse, qui consiste à traverser la base de la partie saillante à l'aide d'une aiguille qui entraîne derrière elle deux fils destinés à lier isolément les deux parties du staphylome, reproche à cette opération la difficulté qu'il y a pour nouer les fils à la base de la partie que l'on veut mortifier. La modification du chirurgien de Turin, qui n'est autre chose que l'application d'un procédé dont les anatomistes se servent pour faire des injections, est évidemment supérieure aux autres ligatures pour la précision et la sûreté du manuel opératoire.

D'après M. Ancelon, je suis porté à croire que tous les malades opérés par M. Borelli ont eu à se féliciter de s'être soumis à cette opération; mais j'aurais désiré de plus amples renseignements sur ces quinze malades, parce que, dans la communication qui fut faite à Bruxelles, le chirurgien de Turin dut se borner à des généralités qui

font comprendre les avantages du procédé, mais qui n'en donnent pas la preuve, comme pourrait le faire le résumé de quinze observations.

Je regrette, Messieurs, que les usages adoptés par les Sociétés savantes m'imposent l'obligation de me borner à cette succincte appréciation. Les deux faits contenus dans le mémoire du chirurgien de Dieuze, et qui ont été publiés, vous auraient servi à apprécier les avantages de l'opération de M. Borelli.

J'aurais voulu pouvoir appuyer mon opinion sur une expérience personnelle. Depuis la lecture du travail de notre savant confrère de Turin, je n'ai pas eu l'occasion de faire l'application de son procédé. Je me borne donc à vous le recommander comme émanant d'un des chirurgiens les plus distingués de l'Italie.

J'aurais encore à vous entretenir d'un troisième mémoire qui nous a été adressé par M. Ancelon, mais je craindrais de fatiguer votre attention. Je me réserve de vous en parler une autre fois.

Vous le voyez, Messieurs, le chirurgien de l'hôpital de Dieuze, quoique exerçant dans une petite ville, serait pour la Société un correspondant actif; je propose donc qu'il continue à figurer sur la liste des candidats à ce titre, et que des remercîments viennent le dédommager d'avoir attendu si longtemps un rapport qui, s'il avait pu être fait plus tôt, eût encouragé M. Ancelon à nous adresser, comme par le passé, d'intéressantes communications.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 31 août 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance, qui comprend, outre les journaux de médecine :

1° Des lettres de MM. Michon et Broca, qui demandent des congés (envoyées à la commission des congés) ;

2° Une lettre de M. Fichot, bandagiste à Paris, renfermant la description et le dessin d'un nouveau système de bandages herniaires (ren-

voyée à une commission composée de MM. Richet, Legouest et Follin);

3° Une lettre de M. le docteur Alph. Désirabode, dentiste à Paris, relative aux communications récentes faites par M. A. Forget, sur les *anomalies dentaires*.

Lecture est donnée à la Société de cette lettre, qui sera particulièrement communiquée à M. Forget, absent de la séance.

— M. CHASSAIGNAC, à propos de la correspondance, présente une observation qui lui a été envoyée par M. Biébuyck (de Bailleul).

Cette observation, très-bien faite, relate un cas de grossesse extra-utérine. (Commission, MM. Danyau, Cazeaux et Depaul.)

RAPPORT.

M. VERNEUIL lit un rapport sur une observation de blépharoplastie pratiquée avec succès dans un cas d'ectropion cicatriciel de la paupière supérieure, par M. le docteur Julliard (de Genève).

Messieurs, dans une des dernières séances, vous avez chargé une commission, composée de MM. Morel-Lavallée, Chassaignac et Verneuil, rapporteur, de vous rendre compte d'une observation intéressante qui nous a été communiquée par M. le docteur Julliard (de Genève), avec dessins et pièces en cire à l'appui.

La commission a jugé que, sans ajouter de documents nouveaux à l'histoire de la blépharoplastie, le fait offrait de l'intérêt, parce que les détails sont suffisants, et que la malade a été suivie assez longtemps pour que le résultat fût avéré. Le rapporteur vous communiquera donc le texte original lui-même, et vous demandera seulement la permission d'y ajouter quelques commentaires.

Voici l'observation de M. Julliard :

Marie N..., âgée de cinquante-neuf ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte complexion, habitant la campagne, n'a jamais été malade. Elle est mariée et a eu plusieurs enfants; ses règles ont cessé il y a deux ans.

Au commencement de mai 1846, et sans cause appréciable, il se développe sur le sillon qui sépare la paupière du sourcil de l'œil droit un bouton de forme allongée résultant, selon toute vraisemblance, d'une pustule charbonneuse. La malade affirme n'avoir ressenti auparavant aucune douleur ni aucun malaise. Le même jour la paupière, la joue et la partie droite du nez se tuméfient presque en même temps. Quelques heures après, la peau de ces parties présentait une teinte noirâtre, et se couvrait de phlyctènes desquelles s'écoulait un liquide blanchâtre et peu abondant.

Ces accidents, qui furent abandonnés à eux-mêmes, se dissipèrent en partie. La peau de la paupière fut seule frappée de gangrène. Au dire de la malade, elle se serait en effet convertie en une plaque noirâtre, laquelle, après avoir résisté assez longtemps, finit par se détacher. Après la chute de l'eschare, il se forma une plaie qui a beaucoup suppuré, et qui ne s'est cicatrisée qu'après destruction complète de la peau.

Il y a six semaines environ que la cicatrisation s'est opérée; mais il en est résulté un renversement de la conjonctive, laquelle a pour ainsi dire remplacé la paupière. La muqueuse n'a pas tardé à se boursoufler, et a presque toujours été dans un état de subinflammation qui a enfin attiré l'attention de la malade. Elle s'est alors décidée à appeler un médecin, qui lui a fait quelques prescriptions qu'elle n'a pas suivies, n'ayant pu se procurer les médicaments. La surface de la muqueuse, devenant chaque jour plus irritée, donnait issue à un liquide sanieux, séro-purulent, irritant vivement la peau de la joue. Si la malade s'exposait à l'ardeur du soleil, si elle essayait de travailler aux champs en baissant la tête, et surtout si elle marchait contre le vent, elle ressentait alors de vives douleurs, rendues intolérables si de la poussière était projetée sur la plaie : la sécrétion purulente augmentait alors au point de baigner la joue.

Cet état étant ainsi devenu insupportable, la malade se décida enfin à se présenter à l'hôpital du chef-lieu de son canton, d'où elle fut dirigée sur l'hôpital de Genève le 5 août 1846.

Etat de la malade le lendemain de son entrée. — Il y a absence complète de la paupière supérieure de l'œil droit, la peau qui la forme ayant été complétement détruite. Le travail de cicatrisation qui a succédé à la plaie que nous avons décrite a opéré les changements que voici : le bord ciliaire est comme soudé au sourcil dans toute son étendue, de telle façon que les cils et les poils formant le sourcil sont entrecroisés et paraissent confondus. Toutefois, si l'on examine de plus près, on voit que les deux rangées de poils sont séparées par une rainure très-peu large, peu profonde, et dans laquelle on peut faire glisser facilement un stylet.

Au-dessous de la courbe formée par cette réunion existe une sorte de tablier étendu au-devant de l'œil, qu'il recouvre presque en entier; si la malade veut voir de ce côté, elle doit soulever ce voile, ce qui ne détermine pas précisément de douleur. La conjonctive qui le constitue est épaissie très-notablement, et présente çà et là des mamelons

séparés par des anfractuosités plus ou moins profondes; elle est comme boursouflée; un allongement léger n'est pas douloureux, mais amène facilement un peu de sang. Cette surface muqueuse présente dans toute son étendue une teinte rouge-foncé d'un aspect très-désagréable, on pourrait presque dire repoussant.

Le bord inférieur du tablier, irrégulier, comme dentelé dans quelques points, descend à peu près jusqu'au bord libre de la paupière inférieure, qu'il recouvre même légèrement vers les deux angles.

Sa face antérieure présente deux bourrelets bien distincts : le supérieur est formé par le cartilage tarse, qui le constitue en quelque sorte. Par le fait même du travail de cicatrisation, le cartilage a en effet exécuté un mouvement complet de bascule de bas en haut, d'où il est résulté que sa face postérieure ou oculaire est devenue antérieure, et que son bord supérieur, de concave qu'il était, est devenu convexe.

Le second bourrelet, plus court, plus étroit, mais présentant plus de surface dans le sens vertical, est formé en entier par une hypertrophie assez notable de la conjonctive palpébrale, d'où il résulte que sa densité est bien moindre : le tissu qui le constitue est en effet très-mou.

Ces deux bourrelets, de dimension inégale, sont séparés par une rainure assez profonde dans laquelle on pénètre aisément, et d'où l'on voit s'échapper alors une matière puriforme assez abondante.

Si, pour apprécier l'état d'intégrité dans lequel sont ces diverses parties, on promène un stylet entre l'œil et l'espèce de paupière qui le recouvre, on constate, d'une part, que le sillon oculo-palpébral n'a pas changé de position, et que, d'autre part, la conjonctive est restée libre d'adhérences dans tous ses points. Le globe oculaire jouit de la plénitude de ses mouvements. L'œil est dans un état normal; la conjonctive n'est pas même injectée; la malade n'accuse aucune douleur. Il n'existe aucune trace d'engorgement ganglionnaire; la malade se plaint seulement d'être privée de l'usage de son œil.

Redoutant beaucoup de voir se développer de nouveau l'irritation dont elle a souffert à plusieurs reprises, elle réclame avec de vives instances une opération qui la débarrasse de cette infirmité.

Le 8 août, quatre sangsues et des cataplasmes sont appliqués sur la conjonctive, afin de diminuer son volume : le résultat obtenu est peu marqué.

Le 18, la malade ayant été préparée à subir l'opération, on appelle en consultation plusieurs médecins. La question de savoir si l'opération sera tentée est résolue unanimement. Une discussion s'engage relativement au procédé qui devra être mis en pratique. M. le docteur Roche

observe qu'il pourrait être convenable de procéder de la manière suivante :

Après avoir pratiqué le premier temps de l'opération (qui devait être le même dans tous les cas) et avoir replacé le cartilage tarse dans sa position normale, il chercherait à attirer le bourrelet conjonctival, et à le maintenir au-devant du globe de l'œil à l'aide de quelques points de suture : on évitait ainsi toutes les chances de mortification d'un lambeau, et l'opération était beaucoup simplifiée. Le bourrelet devant faire une saillie considérable dans la plaie, on pouvait arriver ainsi à reconstituer la paupière.

On objecte que le travail de cicatrisation de la plaie s'effectuant, il était fort à craindre, quoi qu'on pût faire, de voir survenir un nouveau renversement de la paupière. D'autre part, les chances de mortification du lambeau parurent pouvoir être conjurées avec quelque efficacité, en ayant la précaution très-essentielle d'allonger, fût-ce même outre mesure, le lambeau du côté de son pédicule. En procédant de la sorte on pourrait donner au lambeau une direction plus horizontale, et la torsion nécessaire pour le placer entre les bords de la plaie serait ainsi diminuée d'autant. On observa en outre qu'en donnant à la base du pédicule une largeur convenable, on avait grande chance qu'il s'y rencontrât un nombre suffisant de vaisseaux.

Quoi qu'il en pût être, ce procédé étant ingénieux et pouvant avoir son application, il fut décidé qu'une tentative serait faite dans ce sens.

Le 19, l'opération est pratiquée de la manière suivante :

A l'aide d'un bistouri convexe, une incision est pratiquée dans la rainure qui sépare les cils du sourcil ; elle est prolongée en dehors et en dedans des deux angles de l'œil.

L'aponévrose et quelques fibres du releveur de la paupière sont incisées ; on arrive au tissu cellulaire sous-conjonctival ; une plaque d'écaille est introduite entre le globe oculaire et la conjonctive. Le bistouri est dirigé verticalement en bas, afin de pouvoir abaisser le bord ciliaire et faire basculer le cartilage tarse, lequel en effet reprend bientôt sa position normale.

M. le docteur Roche ayant eu la pensée qu'après cette dissection le bourrelet conjonctival ferait une saillie assez considérable dans la plaie, on le ramena autant que possible au-devant de l'œil. Non-seulement la saillie n'était pas très-apparente, mais on put se convaincre en outre qu'il serait fort difficile de maintenir en place le bourrelet, les fils des points de suture ne devant pas opposer une résistance suffisante.

On dut alors combler la plaie par l'autoplastie. Le bourrelet de la conjonctive, qui formait le tablier, est d'abord excisé largement par sa face interne ; puis un lambeau cutané est taillé sur la partie latérale du front, entre le sourcil et la racine des cheveux ; sa base empiète sur la région temporale en dehors de l'apophyse orbitaire externe, dans une longueur de deux centimètres environ. Il se dirige de là obliquement en haut et en avant, formant un angle de 45 degrés ; sa forme est elliptique, son sommet un peu arrondi ; sa longueur est de 8 centimètres, sa plus grande largeur de 2. Il a été disséqué avec soin jusqu'à sa base et ramené dans la plaie de la paupière ; la torsion du pédicule était peu marquée : deux artérioles ont été liées. La forme du lambeau s'est fort bien adaptée à la plaie, dans laquelle il a été maintenu à l'aide de six points de suture simple : deux au bord supérieur, deux à l'inférieur et deux à la pointe.

Pansement simple, potion calmante, diète.

Le 20, la nuit a été assez bonne, sauf un peu d'agitation. La malade souffre peu : pouls à 90, pas d'appétit. Le lambeau s'est bien maintenu ; sa température est un peu plus élevée que celle des parties voisines. Pas de changement de couleur à la peau.

Le 21, aucun changement dans le lambeau. La réunion paraît se faire dans toute la circonférence. Température normale ; état général bon, pas de fièvre ; la malade dort bien ; l'appétit se développe ; langue bonne.

Le 24, la réunion est opérée dans le pourtour du lambeau. Vers la pointe seulement il y a un peu de suppuration et un léger gonflement : pas d'inflammation autour des points de suture ; ils tiennent encore solidement. La plaie du front est de belle apparence ; les bourgeons charnus commencent à la combler et arrivent déjà presque au niveau des téguments : état général très-bon, appétit.

Le 28, même état : suppuration vers la pointe du lambeau, mais peu abondante.

Le 29, même état : suppuration presque nulle du lambeau. On enlève quatre points de suture ; les deux de la base restent. Les bourgeons remplissent tout à fait la plaie du front.

Le 31, on enlève les deux derniers points de suture. La malade se lève.

Le 15 septembre, la plaie est entièrement cicatrisée. Le pédicule adhère dans la plus grande partie de son étendue. Il ne reste plus en arrière qu'un petit espace non encore cicatrisé, et comme une espèce de pont, au-dessous duquel on fait aisément passer un stylet.

Le lambeau est complétement soudé dans tous les points ; il s'est un peu rétréci ; cependant l'œil n'est pas tout à fait découvert. Vers l'angle interne il y a une sorte de petit tubercule qui proémine. Par l'effet de la cicatrisation du pédicule, il y a une rétraction qui a entraîné la paupière en dehors, de sorte que le petit angle de l'œil est porté en dehors et en haut.

L'état général est très-bon. La malade, désirant retourner chez elle pendant quelque temps, obtient sa sortie. Elle reviendra pour que l'on sépare le pédicule, et faire exciser, s'il y a lieu, une partie de la paupière, qui est trop large et recouvre une partie de la pupille.

Novembre. On sépare le pédicule. Il n'y a pas de différence sensible dans l'état de la paupière. Cependant la malade commence à s'habituer à voir de l'œil droit. M. le docteur Bizot, chirurgien interne de l'hôpital, ayant repris son service, appelle en consultation les personnes qui ont assisté à l'opération, et leur soumet la question de savoir s'il serait convenable de réséquer une portion du lambeau, qui, en effet, est encore assez empâté, ce qui découvrirait parfaitement le globe de l'œil.

La malade se refuse très-catégoriquement à laisser pratiquer une opération qu'elle considère comme n'étant d'aucune utilité, et il n'est pas donné suite à cette idée.

La paupière commence à pouvoir exécuter quelques mouvements très-légers. Marie N... quitte l'hôpital.

Mai 1848. L'empâtement de la paupière a beaucoup diminué. Lorsqu'on regarde l'œil, même à une petite distance, on croirait que la paupière a été piquée par une guêpe, d'où serait résultée une ampoule assez prononcée. Il n'y a rien de disgracieux dans cette apparence, que quelques personnes n'ont pas même remarquée. La vue est complétement rétablie ; les mouvements de la paupière sont très-apparents.

Les pièces en cire et les dessins relatifs à cette observation ont été déposés sur le bureau de la Société dans la séance du 10 novembre 1858.

Remarques du rapporteur. — L'auteur s'étant contenté de la narration simple que vous venez d'entendre, votre commission vous soumet les remarques suivantes :

1° La paupière a été détruite par une affection qui a suivi son cours sans le secours de l'art, sans qu'un médecin paraisse même avoir été consulté. Il en résulte une certaine obscurité sur le diagnostic. On peut regarder comme probable l'hypothèse d'une affection charbonneuse, remarquable sous le point de vue de la guérison spontanée.

Rapprochée de beaucoup de faits semblables, l'observation actuelle militerait en faveur de la bénignité assez fréquente des affections charbonneuses de la face, bénignité qui a été dans le sein de la Société l'objet de discussions intéressantes, et qui permet d'élever quelques soupçons sur la vertu héroïque de certains antidotes. Eût-on, en effet, appliqué sur le mal un onguent, une eau ou un feuillage quelconque, la guérison aurait eu lieu, et l'on aurait chanté victoire.

2° Lorsque, à la suite de pareilles pertes de substance, on accorde beaucoup de soins aux pansements, on peut sinon prévenir sûrement, au moins atténuer notablement les effets fâcheux de la rétraction inodulaire. Ces précautions ayant été omises par suite de l'incurie de la malade, la lésion arriva au degré le plus grave qu'elle pouvait atteindre, et bientôt s'établit un ectropion des plus marqués.

3° Les accidents dépendant du renversement de la paupière acquirent même une intensité insolite caractérisée par la douleur très-vive, la suppuration abondante et la privation de la vue du côté malade, alors pourtant que le globe de l'œil restait sain, protégé par le boursouflement de la conjonctive, qui lui formait comme une sorte de voile bourgeonnant, complet.

4° Il est rare, si ce n'est dans une maladie primitive de la conjonctive ou dans les ectropions très-anciens, il est rare, dis-je, que la muqueuse palpébrale prenne un développement aussi grand que celui dont il est parlé dans l'observation; pourtant la chose peut s'expliquer facilement. Lorsque le cartilage tarse, renversé, est fortement appliqué contre le globe de l'œil, la muqueuse palpébrale, naturellement très-lâche, forme un bourrelet au-dessous du bord supérieur du cartilage, qui est devenu inférieur. Ce bourrelet, comprimé à sa base entre le globe de l'œil et le bord susdit du cartilage tarse, s'engorge, devient œdémateux, et peut acquérir des dimensions très-considérables. Cette circonstance fait quelquefois prendre le change au chirurgien, qui, prenant l'effet pour la cause, résèque la masse charnue, qu'il considère comme cause du renversement, et qui paraît mettre obstacle à la réduction. Cette opération, s'adressant à un élément secondaire de la difformité et laissant de côté la cause principale de l'ectropion, reste naturellement sans efficacité. Delpech a écrit sur les causes de ce boursouflement consécutif de la conjonctive quelques réflexions dans lesquelles on reconnaît toute sa sagacité, et qu'on doit toujours avoir présentes à la mémoire (1); non pas que je blâme la ré-

(1) *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. II, p. 416, 1828.

section du bourrelet, qui a été pratiquée dans l'opération présente, je veux seulement dire qu'elle ne constitue qu'un adjuvant de la blépharoplastie, que souvent il est utile de la faire, quoique souvent aussi on puisse s'en dispenser, le gonflement œdémateux disparaissant de lui-même lorsqu'il n'est pas très-ancien et que l'obstacle qui l'avait fait naître a disparu.

5° Avant d'en venir à la blépharoplastie, un confrère, appelé en consultation par M. le docteur Roche, avait proposé un procédé qui malheureusement n'est pas décrit par M. Julliard avec assez de précision pour qu'on en puisse facilement comprendre la nature exacte. Tout le monde était d'accord pour pratiquer entre les lignes rapprochées des cils et du sourcil l'incision en demi-lune, déjà recommandée par Celse; puis, si j'ai bien compris, M. Roche proposait la suture des paupières, seule capable de prévenir la rétraction consécutive des bourgeons charnus qui se seraient développés dans la plaie.

Si telle était réellement l'idée, j'y trouverais un certain intérêt historique, c'est-à-dire un document sur l'agglutination temporaire des paupières, comme moyen de favoriser la réussite des opérations d'ectropion et de blépharoplastie; question qui, vous le savez, a donné naissance depuis une quinzaine d'années à des débats intéressants et de diverses natures (1).

6° Quel qu'ait été le procédé de M. Roche, il fut jugé insuffisant, et l'on dut recourir séance tenante à la blépharoplastie proprement dite. Ce parti était le meilleur; il s'agissait, en effet, d'une difformité par exérèse, et la perte de substance très-étendue ne pouvait être comblée que par l'autoplastie. On mit en usage le meilleur procédé connu, c'est-à-dire une modification de celui que Fricke exécuta en 1829 (2). Le chirurgien de Hambourg avait déjà, comme on le sait, corrigé un des points défectueux de la méthode indienne, en taillant son lambeau verticalement sur la tempe, et en donnant plus de largeur au pédicule; de cette façon il n'est point nécessaire de tordre ce dernier, et une

(1) M. Julliard pourrait peut-être lever ce doute, ainsi qu'un autre qui surgit dans notre esprit. Nous supposons bien qu'il a exécuté lui-même l'opération dont on vient de lire la relation, et cependant la rédaction, étant partout écrite à la troisième personne ou avec le pronom *on*, on ne peut décider si M. Julliard est simple narrateur ou s'il a tenu lui-même le bistouri.

(2) *Die Bildung neuer Augenlieder, etc.*, traduit par Riester dans le *Journal des progrès*, 2e série, 1830, t. III, p. 56.

simple inflexion de 90° suffit pour l'amener à la position horizontale. Depuis on a trouvé moyen de diminuer encore, jusqu'à la faire disparaître presque complétement, l'inflexion du pédicule. Il suffit pour cela de tailler le lambeau presque parallèlement a la perte de substance que l'on veut combler. La locomotion qu'on lui fait subir devient alors très-minime, et l'axe déplacé latéralement, à la manière d'une aiguille qui se meut sur un cadran d'horloge, est seulement dévié de quelques degrés. Les planches et les moules en cire envoyés par M. Julliard montrent qu'on s'est comporté ainsi, car le lambeau a été pris aux dépens des téguments du front, immédiatement au-dessus du sourcil et presque parallèlement à ce dernier. J'insiste sur le choix du procédé parce que, en 1846, époque à laquelle remonte l'observation, on n'avait pas encore mis suffisamment en lumière les grands avantages de l'autoplastie *dite par inclinaison* (1).

7° Comme on pouvait l'espérer, les suites furent très-simples. La réunion s'effectua à peu près partout par première intention. A la suite des autoplasties par inclinaison on peut souvent se dispenser de la section du pédicule, quand on a eu soin de confondre les deux plaies au lieu d'insertion du lambeau. Cette dernière condition n'ayant pas été réalisée tout d'abord, on fit l'isolement de la pièce cutanée transplantée environ trois mois après la restauration de la paupière. Cette opération complémentaire s'exécuta sans coup férir. On songea même à pratiquer une petite résection de la nouvelle paupière, dont l'extrémité interne formait un tubercule saillant un peu difforme. C'eût été là une de ces opérations de perfectionnement souvent nécessaires à la perfection du résultat, et que Dieffenbach mettait si souvent en usage. La malade s'y refusa absolument; elle n'eut pas à s'en repentir, puisque les fonctions des paupières et de l'œil parvinrent à se rétablir convenablement sans cela.

8° En effet, l'amélioration spontanée alla toujours en croissant, et deux ans après, non-seulement la vision était complétement rétablie, mais la difformité était peu apparente. Les paupières avaient récupéré en grande partie leurs mouvements; ce renseignement est important, car il arrive trop souvent que la nouvelle paupière reste immobile au-devant du globe oculaire et en abolit les fonctions visuelles, ce qui diminue beaucoup les bénéfices de l'anaplastie ; à la vérité, cette imperfection est souvent indépendante des soins et de la volonté du chirurgien, elle

(1) J'ai donné quelques développements à l'étude de cette méthode dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1857, t. IV, nos 48 et 52.

dépend de la profondeur à laquelle a pénétré la perte de substance, de la destruction ou de la conservation des fibres de l'orbiculaire et du releveur. Tout ce que la chirurgie peut faire, c'est de ménager soigneusement ces fibres pendant la dissection de la paupière, mais il n'est pas en son pouvoir de régénérer les muscles détruits.

En jetant les yeux sur les planches et les moules annexés à l'observation, on voit, en résumé, un résultat très-satisfaisant. La paupière nouvelle est régulière, ample, bien nourrie, on pourrait même lui reprocher un peu d'exubérance, qui lui donne l'apparence d'un bourrelet quelque peu saillant ; mais on sait que c'est là une circonstance très-commune à la suite de la blépharoplastie, et que d'ailleurs ce reliquat de l'opération n'est pas sans remède ; quand les opérés s'en trouvent choqués, on diminue facilement la saillie demi-cylindrique par l'excision d'une petite bandelette prise sur la peau suivant l'axe du lambeau.

Je voudrais avant de terminer examiner un dernier point qui me paraît majeur ; je veux parler de l'époque à laquelle la blépharoplastie a été pratiquée : ici comme ailleurs l'opportunité de l'opération est un grand élément de succès, et nos *Traités de chirurgie* ne nous donnent pas assez de détails sur le moment le plus convenable pour pratiquer les restaurations organiques. A la vérité, le chirurgien n'est pas toujours maître de choisir son temps, car les difformités qui ne compromettent point la vie et n'altèrent que l'harmonie des formes, sont souvent supportées longtemps par les malades, qui hésitent beaucoup à se soumettre à une opération délicate et incertaine. D'un autre côté, il est des mutilations qui se modifient beaucoup avec le temps, et qui s'atténuent de plus en plus par suite d'une sorte d'anaplastie naturelle.

Mais il en est d'autres, en revanche, qui vont toujours en s'aggravant, ou qui du moins ne subissent, une certaine période passée, aucune modification favorable. Cette distinction est de la plus grande importance en général, et aussi dans le cas particulier, car l'ectropion cicatriciel appartient évidemment à la seconde catégorie. En effet, une fois la perte de substance recouverte de bourgeons charnus, la rétraction inodulaire attirant de tous côtés les parties mobiles pour combler le vide, déviera de plus en plus la paupière, et soudera toujours plus intimement le bord palpébral aux parties voisines, joue ou sourcil. C'est donc le procédé réparateur de la bonne nature qui amène et augmente la difformité, c'est contre lui qu'il faut lutter.

Sans parler des lésions qui surviennent dans le globe de l'œil, la conjonctive, irritée par le contact de l'air, commence à s'enflammer et à se tuméfier. L'altération qu'elle subit est susceptible de résolution pen-

dant un certain temps, mais bientôt les tissus s'hypertrophient, s'indurent, perdent leur souplesse, et ne sont plus capables de reprendre leur structure normale.

Enfin, les paupières, maintenues longtemps dans une position vicieuse, se déforment ; les cartilages tarses, raccornis, infléchis, rigides, ne s'appliquent plus à la surface de l'œil même après la dissection. Les tissus qui entrent dans la composition de la paupière s'altèrent également, et tout tend à se métamorphoser en tissu fibreux.

Ceci explique les résultats très-imparfaits que la blépharoplastie donne trop souvent, et indique l'utilité d'opérer de bonne heure. Dans l'opération de M. Julliard, la lésion survint au mois de mai ; vers la mi-juin, la cicatrisation était complète. Deux mois après on opérait. On n'a noté aucune difficulté particulière dans la dissection et dans l'abaissement de la paupière, ce qui permet de croire que ce temps de l'opération n'a pas été très-laborieux ; enfin, pour me résumer, je crois que l'époque choisie a été éminemment favorable au succès. Agir plus tôt ou plus tard eût été moins avantageux.

D'où je conclus qu'il serait bon d'admettre pour les difformités accidentelles trois périodes distinctes : la première de production, comprise entre le traumatisme ou la maladie première et l'époque où, la cicatrice vicieuse achevée, le travail inflammatoire concomitant lui-même a cessé ; la seconde période, dans laquelle la difformité confirmée ne s'accompagne pas encore d'altération profonde dans les tissus et les éléments anatomiques de l'organe ou de la région lésée ; la troisième enfin, pendant laquelle le tissu inodulaire devenu plus dense, la difformité plus marquée, les tissus ambiants plus altérés ou disposés à l'atrophie, on a des déformations consécutives tendant à devenir invétérées et irrémédiables. Il est manifeste que la seconde période est particulièrement propre à la réussite, car si les difformités trop anciennes se prêtent mal à l'opération, il est également démontré que les anaplasties trop précoces ou les tentatives trop rapprochées en cas d'insuccès, de demi-succès ou de récidive, échouent très-souvent lorsque les tissus sur lesquels ont porté la maladie ou les opérations antécédentes ne sont pas revenus à leur état quasi-normal.

Il est bien entendu que je ne puis que signaler ce point important, et que je ne puis entrer ici dans tous les développements qu'il comporterait.

Pour revenir, Messieurs, à l'objet de ce rapport, votre commission, considérant que l'observation qui vous a été adressée par M. Julliard

est bien prise et digne de figurer à côté de celles que la science possède déjà, vous propose :

1° De la renvoyer au Bulletin ;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'engager à nous adresser encore des faits tirés de sa pratique chirurgicale ;

3° Enfin, d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

Le rapport de M. Verneuil et l'observation de M. Julliard sont renvoyés au *Bulletin*.

— M. CHASSAIGNAC informe la Société qu'il a pratiqué, il y a quelques jours, la ligature de l'artère carotide primitive dans les circonstances suivantes :

Un malade entra dans son service, atteint d'une tumeur fluctuante considérable de la base de la mâchoire du côté gauche. Cette tumeur, proéminant dans le pharynx, fit penser à M. Chassaignac qu'il avait affaire à un abcès rétro-pharyngien.

Le chirurgien plongea son bistouri, par la bouche, dans la tumeur, sans obtenir de pus. Il crut qu'il avait porté son instrument trop en dehors, et se rapprochant davantage de la ligne médiane, il fit une nouvelle ponction. A l'instant même un jet de sang vermeil, rutilant et d'une abondance extrême, inonda la bouche du malade, menacé de suffocation.

M. Chassaignac porta immédiatement son doigt dans la plaie sans pouvoir arrêter le cours du sang. Une compression fut faite alors à travers les tissus de la région cervicale, sur le trajet de la carotide primitive.

La compression médiate n'ayant d'autre résultat que de modérer un peu l'hémorrhagie, M. Chassaignac pratiqua immédiatement et rapidement, favorisé qu'il fut par le peu d'embonpoint du sujet, la ligature de la carotide primitive, qu'il put faire avec toute la précision désirable, en ménageant les nerfs et en particulier le pneumo-gastrique.

L'opération suspendit complétement l'écoulement du sang, qui depuis six jours n'a pas reparu.

Le malade ressentit quelques douleurs cérébrales ; il fut pris immédiatement d'aphonie, et recouvra la voix trente-six heures environ après l'opération ; il n'a éprouvé depuis lors aucun accident grave ; il est sans fièvre, et la plaie est en bon état. Le pharynx a été le siége, pendant quelques jours, d'une inflammation couenneuse aujourd'hui disparue.

M. Chassaignac pense que dans des cas analogues, la compression exercée au cou sur le trajet de la carotide primitive est insuffisante pour maîtriser l'hémorrhagie, et qu'il faut avoir recours au plus vite au seul moyen efficace, à la ligature du vaisseau.

Il se demande quelle est la cause de cet accident, que le lieu où il a porté son bistouri pour la seconde fois était loin de faire prévoir.

M. RICHET désirerait savoir quelles sont les raisons qui ont fait croire à M. Chassaignac qu'il avait sous les yeux un abcès rétro-pharyngien *idiopathique*, affection que pour sa part il considère comme rare; il demande des détails sur la marche de l'abcès, et si M. Chassaignac a constaté la sortie du pus.

M. CHASSAIGNAC ne pense pas que les abcès *idiopathiques* rétro-pharyngiens soient chose rare, surtout chez les jeunes sujets.

Il répète la description qu'il a donnée déjà de la tumeur de son malade, qui présentait une fluctuation manifeste, mais sans battements aucuns. Aussi ne croit-il pas à l'existence d'une tumeur sanguine, bien qu'après l'ouverture il n'ait pas constaté la présence du pus; l'abondance du sang lui a rendu, il faut le dire, tout examen impossible.

M. MICHON partage l'opinion de M. Chassaignac sur les abcès rétro-pharyngiens idiopathiques; sans être communs, ces abcès ne sont pas rares, et sa pratique lui en a présenté six, qui tous, ayant été ouverts, ont été suivis de guérison.

Ils se révèlent par un appareil de symptômes toujours le même, c'est-à-dire un mal de gorge, des douleurs très-vives dans les deux plexus cervicaux, et la projection en avant de la paroi postérieure du pharynx, dont le diamètre antéro-postérieur se trouve notablement diminué. Il en résulte une voix nasonnée et une gêne très-grande dans la déglutition, particulièrement dans la déglutition des liquides, qui ont une grande tendance à être rejetés par les fosses nasales.

Ces symptômes sont caractéristiques et ne permettent pas de se méprendre.

Il est aussi d'avis que la compression digitale est insuffisante pour arrêter une hémorrhagie de la carotide, et ne peut être employée que comme moyen provisoire.

Félicitant M. Chassaignac sur le succès d'une opération faite dans des conditions aussi pressantes, M. Michon pense que l'inflammation couenneuse qui a envahi le pharynx pendant les premiers jours est une des causes qui ont mis le malade à l'abri d'une nouvelle hémorrhagie; toutefois la ligature de la carotide n'est pas absolument im-

puissante pour en prévenir le retour, comme le prouvent quelques observations, et une, entre autres, qui lui est particulière.

Quant à l'aphonie dont le malade a été atteint, il ne se l'explique que par la ligature de quelque filet nerveux, la position difficile dont M. Chassaignac s'est si heureusement tiré justifiant parfaitement cette imperfection de l'opération.

M. LABORIE s'informe de l'époque à laquelle remontait l'apparition de la tumeur. — *R.* Quinze jours.

M. RICHET ne saurait comprendre comment un abcès rétro-pharyngien peut déplacer la carotide en dedans ; ces abcès tendent, au contraire, à refouler le vaisseau en dehors. Si l'on admettait l'opinion de M. Chassaignac, ce serait toujours avec des craintes sérieuses qu'on ouvrirait un abcès rétro-pharyngien. D'après la description de la tumeur donnée par notre collègue, il se demande si elle n'était pas constituée par un abcès de la gaîne des vaisseaux ayant fait disparaître la rainure mastoïdo-maxillaire.

Il espère que le malade est à l'abri d'une hémorrhagie consécutive : il a opéré un homme qui avait reçu derrière l'oreille un coup de couteau pénétrant dans le pharynx, et ayant déterminé une hémorrhagie considérable ; la ligature de la carotide primitive et de l'un des deux gros troncs qui la terminent arrêta définitivement l'écoulement du sang. Cet opéré, comme celui de M. Chassaignac, fut atteint d'aphonie temporaire, et, de plus, d'une hémiplégie qui dura quinze jours ; il est aujourd'hui parfaitement guéri.

L'aphonie temporaire peut résulter non pas de la lésion du pneumo-gastrique, mais de quelques filets nerveux du grand sympathique qui rampent sur la carotide.

M. CHASSAIGNAC affirme qu'il est parfaitement sûr de n'avoir compris aucun filet nerveux dans sa ligature : la sûreté de l'opération d'une part, le peu de durée de l'aphonie de l'autre, établissent sa conviction. Une infiltration sanguine dans le voisinage ou dans le névrilème du pneumo-gastrique, peut rendre compte facilement de l'aphonie temporaire.

La nature de la tumeur ne laisse pas non plus le moindre doute dans son esprit : c'était un abcès, bien qu'il n'ait pas vu le pus, abcès situé un peu latéralement. Et la cause de l'accident réside, pour M. Chassaignac, plutôt dans une anomalie de la carotide que dans un déplacement en dedans.

M. DEGUISE fils a vu assez souvent des abcès rétro-pharyngiens :

si les six malades de M. Michon en ont tous guéri, les siens en sont tous morts.

Il est vrai que ces abcès atteignaient des aliénés, chez lesquels ils sont le résultat des froissements répétés des sondes introduites dans l'œsophage pour alimenter les malades. Ils sont habituellement les avant-coureurs de la mort prochaine de ces malheureux, réduits déjà, par les progrès de leur mal et l'inanition, au dernier degré du marasme.

M. GUERSANT rencontre souvent, à l'hôpital des Enfants, des abcès rétro-pharyngiens. Ils sont de deux espèces : les uns symptomatiques, les autres idiopathiques ou plutôt ganglionnaires. Il a constaté l'apparition de ces derniers chez des enfants âgés de six semaines à deux ans.

Les accidents qu'ils déterminent induisent souvent en erreur, et font croire à une atteinte de croup.

M. Guersant a toujours ouvert ces abcès avec la plus grande sécurité, et il a été assez heureux pour ne perdre aucun de ses petits malades.

Le vice-secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 7 septembre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, prend la parole pour donner des nouvelles à la Société du malade à qui il a pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive.

Ce malade va très-bien ; l'hémorrhagie n'a pas reparu ; la plaie est en bon état; mais la tumeur pharyngienne subsiste encore. Cette tumeur a pour siége la paroi latérale gauche du pharynx. Dure vers sa partie supérieure, elle est un peu molle vers la partie inférieure, qui se termine en fuseau. On n'y perçoit absolument pas de battements. Sa nature reste toujours indécise pour M. Chassaignac, qui ne pourrait affirmer qu'elle soit un phlegmon, un anévrysme ou un cancer.

Revenant sur la question de la rareté des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, soulevée dans la séance dernière par M. Richet, M. Chassaignac cite un assez grand nombre de chirurgiens qui ont donné des

observations d'abcès rétro-pharyngiens existant sans lésions osseuses, et entre autres Mondière, qui en rapporte dans son mémoire dix-huit exemples, dont sept sur des enfants, sans aucune altération des vertèbres cervicales.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance, qui comprend, outre les journaux de la semaine :

1° Une note imprimée *sur l'usage des moules en plâtre dans le traitement des fractures des membres inférieurs par les armes à feu*, par M. le docteur Girou de Buzareingues;

2° Une seconde note imprimée *sur l'usage des canules en ivoire ramolli dans le traitement des abcès sinueux ou profonds*, par le même.

Ces deux notes sont présentées au nom de M. le docteur Girou de Buzareingues, par M. le baron Larrey.

RAPPORT.

Grossesse extra-utérine. — M. DANYAU donne lecture d'un rapport sur une observation de grossesse extra-utérine, adressée à la Société par M. Biebuyck (de Bailleul).

M. le docteur Biebuyck vous a adressé, dans la dernière séance, une observation de grossesse extra-utérine terminée au bout de vingt-neuf mois par une péritonite mortelle. Vous nous avez chargés, MM. Caseaux, Depaul et moi, de vous en rendre compte.

Bien que ce cas n'offre rien de très-extraordinaire, et qu'il ne jette aucun jour nouveau sur les points obscurs et encore controversés de la grossesse extra-utérine, il n'est pourtant pas sans intérêt, soit qu'on le considère au point de vue des faits déjà acquis à la science et qu'il confirme, soit qu'on l'envisage relativement à l'espèce rare dont il serait un exemple, soit enfin qu'on songe à la question si délicate qu'il soulève, celle de la gastrotomie, que l'auteur semble avoir voulu poser, dans cette circonstance, devant la Société de chirurgie. C'est à ce point de vue surtout que notre confrère s'est placé; c'est relativement à ce parti si grave qu'il cherche des lumières, qu'il demande une direction pour l'avenir, et qu'il voudrait pouvoir, au besoin, s'appuyer sur votre autorité.

Mais n'anticipons pas sur les remarques que le fait et les réflexions de M. le docteur Biebuyck nous inspirent, et permettez-moi de vous donner, avant tout, Messieurs, une analyse succincte du fait lui-même.

Une femme âgée de vingt-sept ans, forte et bien portante, devint

enceinte après trois ans de mariage, en février 1857. Cette grossesse, absolument exempte d'accidents et même de malaises, n'offrit rien de remarquable que la rapidité insolite du développement de l'abdomen et le siége manifestement plus superficiel que de coutume des mouvements de l'enfant.

Au terme présumé, le travail parturitif se déclara et se prolongea trois jours avec des douleurs d'abord faibles, puis de plus en plus violentes et enfin atroces, sans autre résultat que l'écoulement d'une matière blanche, glaireuse, légèrement sanguinolente, qui bientôt termina la crise. A cet écoulement succéda, au bout de trois jours, une sécrétion laiteuse remarquable par son abondance et sa longue durée. Ainsi apparurent dans leur succession naturelle, avortés ou complets, les phénomènes de l'accouchement et des suites de couches. Les mouvements du fœtus resté en place persistèrent pendant huit ou dix jours encore, puis cessèrent absolument.

La réapparition des règles, au bout de deux mois, annonça le retour de l'organisme aux conditions de l'état de vacuité ; et pourtant le ventre restait volumineux, mais ce volume n'était plus dû qu'à un corps étranger privé de vie, qui laissait libre et n'avait même jamais occupé la cavité utérine. Rien ne s'opposait donc plus à l'évolution ovarienne périodique et à l'écoulement sanguin qui la termine.

La cessation des mouvements du fœtus avait été suivie de la diminution progressive de la tumeur, qui était devenue en même temps plus consistante.

Ce retrait s'était pourtant bientôt arrêté, et ne paraît pas, d'ailleurs, avoir été bien considérable, puisque, seize mois après la mort de l'enfant, le docteur Biebuyck, visitant pour la première fois sa cliente, qu'il trouva bien portante et capable de se livrer, sans incommodité, à de pénibles travaux, constata que le ventre avait à peu près le volume et la forme qui caractérisent une grossesse à terme ; la tumeur était seulement un peu plus aplatie à sa partie antérieure, superficielle et très-dure dans toutes les parties accessibles à la main.

L'utérus, légèrement rétroversé à gauche et en même temps déprimé vers le plancher du bassin, avait son col dirigé à droite et un peu en haut ; c'est ce que le toucher vaginal permit de constater ; le toucher rectal ayant été pratiqué en même temps, ils fournirent ensemble des données précises sur les dimensions verticales et transversales de l'organe dont le volume était à peu près celui de l'état de vacuité ; le palper abdominal, combiné avec l'exploration interne, mit enfin en évidence l'indépendance de la tumeur et de l'utérus, le doigt

placé sur celui-ci ne recevant dans aucun cas l'impulsion communiquée à celle-là avec la main placée sur le ventre.

Au contraire, il y avait continuité évidente entre une tumeur que le doigt introduit dans le rectum sentait au-dessus de l'utérus, le débordant à droite et à gauche, remplissant la partie supérieure du petit bassin, et la tumeur saillante à la paroi antérieure du ventre.

Ainsi, d'une part, utérus vide ; de l'autre, tumeur engagée dans le bassin et s'élevant très-haut dans l'abdomen. Ce résultat d'une exploration attentive, rapproché de l'analyse et de l'appréciation de tous les antécédents, ne pouvait guère laisser de doute. M. le docteur Biebuyck diagnostiqua une *grossesse extra-utérine.*

La mort, survenue quatre mois après, à la suite d'une péritonite aiguë qui éclata tout à coup et ne dura que cinq jours, permit de reconnaître la justesse de ce diagnostic.

Insister sur les points remarquables de ce nouveau cas de grossesse extra-utérine, sur ces mouvements si superficiels de l'enfant que les vêtements en étaient soulevés, sur le début, au temps marqué par la nature, d'un travail qui ne devait pas aboutir, sur les douleurs et les autres phénomènes de ce faux travail, sur la persistance de la vie du fœtus quelques jours au delà du terme, sur cette sécrétion laiteuse si abondante et si prolongée, sur la diminution du volume de la tumeur à mesure que le liquide amniotique était résorbé, sur l'absence de gêne malgré la persistance d'un développement considérable, ce serait vouloir arrêter votre attention sur des faits déjà bien des fois constatés ensemble ou isolément, et qui n'ont pour la fixer ni le mérite ni l'attrait de la nouveauté. Faisons donc tout de suite connaître les résultats de l'autopsie, qui, heureusement, ne fut point refusée au docteur Biebuyck.

Un kyste, intimement adhérent par sa partie antérieure à la paroi abdominale, occupait l'espace compris entre le détroit supérieur et l'estomac, remplissant en même temps l'une et l'autre fosses iliaques. Les intestins refoulés en arrière étaient libres, excepté le côlon iliaque, uni à la poche par des adhérences récentes, dans l'étendue de 5 ou 6 centimètres.

Le kyste, complétement vide d'eau, renfermait, couché en travers, le dos en avant, la tête dans la fosse iliaque gauche, un fœtus pelotonné sur lui-même, dont le poids (2 kil. 300), la longueur ($0^m,495$), les diamètres de la tête ($0^m,12$ — $0^m,11$ — $0^m,10$), le développement des ongles, l'abondance et la coloration des cheveux annonçaient, indépendamment de la présence des testicules dans le scrotum et du vo-

lume du point d'ossification intercondylien du fémur, que le terme de la grossesse avait été bien positivement atteint, sinon dépassé. — La peau de ce fœtus avait une teinte jaunâtre; la consistance générale était plus ferme que de coutume; les muscles avaient leur fermeté et leur couleur ordinaires; le tissu cellulaire était infiltré d'une matière granuleuse, dure, comme sablonneuse.

Le kyste n'avait guère qu'un millimètre d'épaisseur dans les parties libres d'adhérence. Sans s'expliquer sur sa composition dans ces points, ce qui n'était pourtant pas sans intérêt, l'auteur insiste sur l'absence dans ses parois de fibres musculaires, et sur l'impossibilité d'y placer le siége des contractions qui ont accompagné le faux travail. A la partie supérieure du kyste, au niveau de l'estomac, existe un renflement considérable de $0^m,15$ de diamètre et de $0^m,07$ à $0^m,08$ d'épaisseur. C'est le placenta, constitué par une masse jaunâtre, spongieuse, d'où part le cordon ombilical. S'il n'y a point d'erreur dans les indications de notre confrère, ce placenta aurait offert l'exemple bien rare d'une masse très-épaisse dans une espèce de grossesse où cet organe est ordinairement si mince, et ce cas pourrait être, sous ce rapport, rapproché de celui de Heim, qui, dans la description d'une grossesse extra-utérine abdominale, parle d'un placenta qui, au lieu d'être aplati, était rond comme une tête d'enfant. (*Wittlinger's Analekt. f. d. Geb.* I, 326.)

L'ovaire, la trompe et le ligament large du côté gauche sont sains et libres; l'utérus, légèrement augmenté de volume (hauteur, $0^m,08$, longueur, $0^m,06$; épaisseur, $0^m,025$), est incliné à gauche, placé au-dessous du kyste, auquel il adhère très-légèrement par la moitié droite de son fond. Quant à la trompe et à l'ovaire droits, ils sont accolés contre le kyste à quelques centimètres l'un de l'autre, mais ils ne sont point confondus avec lui, et il suffit de légères tractions pour les en détacher et *pour décoller également le feuillet péritonéal, qui, se repliant de ces organes sur la tumeur, semble la contenir dans l'écartement de ses feuillets.*

Ces derniers détails, les seuls donnés dans l'observation, et que je copie textuellement; *portent* l'auteur *à croire* que l'ovule s'est de prime abord logé entre les feuillets du ligament large, et *il lui semble* que la grossesse extra-utérine qu'il a eue sous les yeux appartenait à l'espèce désignée dans ces derniers temps sous le nom de *sous-péritonéo-pelvienne.*

Notre confrère a bien raison, et nous l'en félicitons, de ne classer qu'avec réserve le cas soumis à son observation. Si Dezeimeris n'en

avait eu que d'aussi peu précis, il n'aurait certainement pas songé à constituer une espèce nouvelle. Parmi ceux qu'il a cités avec détail ou indiqués, il en est dont la description, dans son mémoire ou aux sources mêmes, ne laisse point de doute sur la présence du kyste dans l'épaisseur du ligament large. Mais le docteur Biebuyck dit seulement que la tumeur *semblait* être contenue dans l'écartement des feuillets de ce repli. Or ce n'est pas sur de simples apparences qu'une pareille question peut être tranchée, et l'on comprend qu'il n'ait point été affirmatif.

Une dissection plus complète et plus minutieuse lui eût peut-être permis d'émettre une opinion plus positive. En pareille matière, les doutes ne peuvent être levés que par des recherches poursuivies avec persévérance, et notre confrère, faute de temps sans doute, ne paraît pas avoir poussé les siennes sur certains points importants au delà d'une inspection assez superficielle. Tandis que lui-même ne peut rien conclure positivement de sa propre autopsie, on a pu quelquefois, de celles des autres et des détails très-complets fournis par eux, tirer une conclusion à laquelle ils n'avaient pas songé et qui se trouve pourtant pleinement justifiée par leur description. C'est ce qu'a fait Dezeimeris pour une observation de Baudelocque, dans laquelle l'état des parties est indiqué avec un soin, une minutie, une précision qui auraient pu servir de modèle à M. Biebuyck.

Il est un point, et ceci viendra peut-être à l'appui de la présomption qu'il a émise, sur lequel il n'a point insisté, et qui me paraît cependant digne de fixer un instant votre attention. Je veux parler du placenta, non pas relativement à son épaisseur extraordinaire (je suppose toujours qu'il n'y a point eu d'erreur de rédaction), mais au point de vue de son implantation. Il est évident qu'il ne s'agissait ici ni d'une grossesse ovarique, ni d'une grossesse tubaire, ni d'une tubo-ovarique, encore moins d'une tubo-interstitielle. Nous n'avons donc plus à choisir qu'entre une grossesse abdominale et une sous-péritonéo-pelvienne. Or, dans la grossesse abdominale, le placenta est greffé soit sur l'un des viscères, soit sur un point des parois de la cavité du ventre. On sait que c'est en général sur une portion d'intestin, un point du mésentère, l'une des fosses iliaques, les dernières vertèbres lombaires, la partie supérieure du sacrum. Or il n'est question, dans l'observation présente, d'aucun de ces points d'implantation, ni d'aucun autre, et ce ne peut être un oubli, puisque l'auteur signale le siége et les rapports de la masse placentaire, située à la partie supérieure du kyste et au voisinage de l'estomac.

Sur quelle surface ce placenta s'était-il donc greffé? A la surface interne d'une cavité accidentelle dans laquelle l'œuf s'était logé dès le principe, et qu'il avait progressivement agrandie à mesure qu'il se développait lui-même, c'est-à-dire dans l'intervalle des feuillets du ligament large, cavité accidentelle qui lui servait en quelque sorte de matrice. L'abondance des vaisseaux, artères et veines, logés entre les deux lames du ligament, leur hypertrophie facile et d'ailleurs nécessaire pendant l'augmentation de volume de l'utérus qui coïncide à peu près constamment avec la grossesse extra-utérine, et dont il restait encore ici des traces après vingt mois, rendent peut-être raison du développement insolite du placenta, que ce développement ait existé pendant la vie du fœtus, ou qu'il soit le résultat d'une végétation persistante de la partie maternelle après sa mort. En tous cas, la formation de ce placenta en dehors du péritoine, au milieu du tissu cellulaire sous-péritonéal, et non du côté de la surface séreuse, serait, si nous ne nous trompons, l'explication d'une circonstance autrement impossible à comprendre, à savoir, l'absence d'implantation de la masse placentaire sur un point quelconque des viscères ou des parois du ventre. Nous ne pouvons nous empêcher de regretter que la dissection des vaisseaux de la mère qui se rendaient à cet organe n'ait pas été faite ou tout au moins tentée, et qu'on n'ait pas cherché à reconnaître leurs branches d'origine ou de terminaison. On comprend l'importance de notions précises sur ce point, mais peut-être n'était-il pas possible de les obtenir.

Il n'est pas inutile de faire remarquer la situation singulière de l'utérus. Généralement porté en avant, sans changement de direction, de façon qu'on trouve le col derrière les pubis et le fond à une plus ou moins grande hauteur au-dessus, et par conséquent situé en avant du kyste fœtal, il était ici au-dessous et en rétroversion. A-t-il été ainsi placé et dirigé dès le principe, ou cette situation et cette direction sont-elles secondaires? Je crois plutôt à la dernière hypothèse; car alors qu'il était plus volumineux, on peut le présumer, il eût, ainsi couché, donné lieu à des accidents de compression que la femme n'a jamais éprouvés à une époque quelconque pendant les neuf premiers mois de sa grossesse. Le déplacement aura donc eu lieu probablement plus tard lorsque la réduction de volume l'aura rendu possible, et que le tassement graduel du kyste sur le détroit et son engagement partiel dans l'excavation auront déprimé l'utérus. Il était résulté de ce déplacement une telle épaisseur de parties au-dessous de la tumeur, que la nature n'eût sans doute pas pu, comme dans le cas de Noël (*Ancien*

journal de médecine, t. LI), créer de ce côté une issue au fœtus entre l'utérus et la vessie. La tendance à l'élimination du côté des voies naturelles et la possibilité d'une opération d'extraction par le vagin, qui, suivant Dezeimeris, appartiennent spécialement à la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, n'existaient point ici, et, sous ces rapports, ce cas, si c'est bien à cette espèce qu'il faut le rapporter, différerait de la plupart de ceux qu'on a rangés ou qu'on pourrait ranger dans cette catégorie. Cette anomalie, ou tout au moins cette différence, tient sans doute à ce que la tumeur s'était développée dans le cul-de-sac vésico-utérin, au lieu d'aller remplir le cul-de-sac recto-utérin en soulevant le feuillet antérieur du ligament, au lieu de soulever le feuillet postérieur, comme dans le cas de Baudelocque.

Mais passons à un autre ordre de considérations ; car aussi bien, en ce qui concerne l'espèce de grossesse extra-utérine, même en venant en aide à M. le docteur Biebuyck, nous ne pouvons pas plus que lui arriver à une démonstration complète. On aura sans doute remarqué cette circonstance, que le kyste était intimement adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen. A quelle époque fixer le travail qui a donné lieu à cette adhérence ? Rien, dans l'histoire de la maladie, ne pourrait nous l'apprendre. Rien même n'aurait pu faire soupçonner qu'elle existât, surtout dans une aussi grande étendue. Est-ce au moment du faux travail parturitif qui a eu lieu à neuf mois, et sous l'influence d'une forte congestion produite par ce travail si douloureux ? Se serait-il fait alors, entre deux surfaces simplement contiguës, quelque exsudation plastique, transformée plus tard en adhérences celluleuses intimes ? Nous sommes encore ici dans le champ des hypothèses. Contentons-nous donc de faire observer combien il est regrettable que la nature, quelquefois si bien inspirée dans le choix du point où elle établit le travail de décomposition par lequel l'élimination débute, n'ait pas choisi la paroi antérieure de la poche là où il n'y avait plus de surface séreuse, plus de péritoine proprement dit, par conséquent point de péritonite à craindre, et que, pour le malheur de la pauvre femme, ce soit précisément sur la paroi postérieure, libre d'adhérences, qu'elle ait dirigé ses efforts, efforts souvent conservateurs sans doute, mais destructeurs aussi, comme chacun sait, et comme on le voit encore par cet exemple. Quelques plaques noires existaient en effet en arrière, et avaient été le point de départ d'une péritonite mortelle ; une seule avait contracté de faibles adhérences avec l'intestin, et là, sans doute, si la femme n'avait pas succombé, aurait pu s'établir une double ouverture qui aurait mis le kyste en

communication avec l'extérieur, et rendu possible, sans la rendre facile pourtant, l'élimination des diverses parties osseuses et molles du fœtus. Je dis sans la rendre facile, car c'est avec le côlon iliaque que le kyste aurait communiqué, et une ouverture à une si grande hauteur, si loin de l'anus, n'aurait certainement point été favorable ni à l'issue spontanée ni surtout à l'extraction, si elle eût été nécessaire, et elle l'est souvent, des diverses parties du squelette fœtal.

Toutes ces réflexions se sont, nous n'en doutons pas, présentées à l'esprit de M. le docteur Biebuyck, et c'est parce qu'il les a faites qu'il s'est demandé si l'art n'aurait pas été tout-puissant dans ce cas, et s'il n'y avait pas un moment où son devoir eût été d'intervenir.

M. Biebuyck, qui n'a vu la femme que longtemps après le début de la grossesse, longtemps après que le terme en avait été annoncé par un travail qui semblait être celui de la délivrance, à une époque où elle ne souffrait pas, n'était pas même incommodée, et se livrait sans peine à ses travaux habituels, M. Biebuyck, qui ne lui a donné des soins que dans ses derniers jours, alors que sa vie était déjà grandement menacée, ne s'est véritablement trouvé, pour son compte, dans aucun moment où il ait eu à agiter la question de la gastrotomie. Il ne pouvait plus être question de cette opération après l'invasion de la péritonite. Au moment du travail, quand, pour prévenir la rupture du kyste et sauver l'enfant, on aurait pu y songer, notre confrère n'était pas présent, et dans la période intermédiaire, l'absence d'accidents quelconques était un bien puissant motif de s'abstenir.

Il est cependant bien naturel de se demander, en présence de la triste issue de ce cas, qui semblait en promettre une meilleure, si la gastrotomie pratiquée dans cette période intermédiaire n'aurait pas eu un heureux résultat. Il est certain que si à ce moment on avait pu lire dans l'avenir, si on avait pu prévoir le brusque développement, la terminaison si promptement fatale d'une péritonite, on n'aurait pas craint de faire courir à la pauvre femme les chances d'une opération grave assurément, mais qui pourtant compte un assez bon nombre de succès. Nul doute que la connaissance, s'il eût été possible de l'obtenir, des adhérences intimes qui unissaient le kyste à la paroi antérieure de l'abdomen, n'eût été un motif déterminant de plus, puisque cette disposition permettait d'arriver dans le kyste sans ouvrir le péritoine et augmentait les chances de succès. Mais cette disposition favorable, on l'ignorait; mais dans les bonnes conditions où se trouvait la femme, qui n'eût songé à la terminaison possible de cette grossesse extra-utérine par une élimination ultérieure tout à fait spontanée ou secondée par

l'art, ou à la transformation du produit total de la conception en une de ces masses osseuses, crétacées, éburnées, qui séjournent impunément au milieu des viscères pendant un nombre indéterminé d'années, quelquefois jusqu'à la mort? Et quand un pareil et si légitime espoir était laissé au médecin, quand un si grand nombre d'exemples de l'une ou de l'autre de ces terminaisons heureuses pouvaient être invoqués à l'appui de l'expectation, au moins d'une expectation vigilante, comment serait-on intervenu violemment au milieu de cette santé intacte? comment, pour détourner un péril éloigné, douteux, en tous cas probablement moindre, aurait-on, sans raison pressante, affronté un péril immédiat, certain, plus considérable peut-être? Que M. le docteur Biebuyck ne regrette donc pas d'être resté inactif; que la grande autorité de Baudelocque, qui aurait pu l'entraîner, et à laquelle il a su résister, laisse en paix sa conscience.

La conduite qu'il a suivie est celle que, dans les mêmes circonstances, il devrait suivre encore. C'est celle que la prudence conseille, que l'expérience justifie, et qui est devenue la règle. Les exceptions, car il n'est pas de règle qui n'en admette, n'existent que pour les cas où une gêne très-grande, des souffrances plus ou moins vives, des accidents plus ou moins pressants, font une loi de ne pas attendre le commencement du travail éliminatoire. Or tel n'était pas celui de la femme observée par le docteur Biebuyck. Et dans ces cas mêmes, que de prudence ne faut-il pas apporter dans la fixation du moment le plus opportun pour opérer! que de soins ne doit-on pas prendre, avant de procéder à l'opération, pour atténuer au moins les accidents qui pourraient en compromettre le succès! Ainsi notre confrère peut se trouver dans telles circonstances qui lui feraient un devoir d'opérer, après s'être trouvé d'abord en présence d'un cas où l'expectation était positivement indiquée. Les indications varient ici comme ailleurs; le vrai praticien sait les saisir et les remplir; il sait agir et s'abstenir à propos.

Son action n'est jamais mieux indiquée que lorsqu'il s'agit de favoriser, de diriger un travail d'élimination qui commence, qui se poursuit plus ou moins lentement, plus ou moins difficilement, et bien souvent non sans danger. C'est alors que l'intervention chirurgicale peut être souverainement utile et qu'elle compte le plus de succès.

Les résultats qu'elle obtient dans ces circonstances n'ont rien de brillant. Qu'est-ce, en effet, que quelques incisions faites à propos, quelques os ou quelques fragments osseux adroitement extraits? Qu'est-ce que ces petites opérations et ces manœuvres ainsi renouvelées à

plusieurs reprises, en regard d'une grande opération qui extrait tout à la fois et accomplit l'œuvre dans une seule séance? Mais, parce qu'ils ne sont pas brillants, ces résultats n'en sont pas moins beaux, et à compter les faits on arrive à des chiffres en faveur de l'intervention tardive. C'est ce qu'on peut voir en particulier dans un relevé fait par Gerdy pour un rapport sur une opération de gastrotomie dans un cas de grossesse extra-utérine, inséré dans le tome VI[e] du *Bulletin de l'Académie*.

Mais les résultats qu'on peut attendre de la chirurgie dans le cas de grossesse extra-utérine ne peuvent-ils pas être plus brillants encore? Les opérations de détail applicables à la période d'élimination sont des procédés de délivrance éminemment utiles; la gastrotomie, faite même avant le début du travail éliminatoire, peut quelquefois sauver la femme dans un péril imminent. Mais le salut non pas d'un seul individu, mais des deux, le salut de la mère et de l'enfant, peut-on aussi l'espérer de la gastrotomie? Ce serait le triomphe de l'art. Ce triomphe a été obtenu dans un bien petit nombre de cas, il est vrai, et non-seulement par l'incision du ventre, c'est-à-dire par la gastrotomie proprement dite, mais encore par une incision au fond du cul-de-sac du vagin. Il est facile de voir qu'à l'occasion M. Biebuyck ne serait pas éloigné de prétendre à ce succès, ou du moins qu'il ne reculerait pas devant une opération qui lui donnerait la chance de l'obtenir. Il ne songe pas sans doute à une intervention chirurgicale avant le terme de la grossesse, avant le début des douleurs. Quelle ne serait pas, en effet, la gravité d'une opération préventive, et, quand la vie de la femme n'est pas actuellement menacée, qui ne reculerait, l'enfant fût-il viable, devant de si terribles chances et une si grande responsabilité? Mais l'insistance de notre confrère à demander si chez sa malade, au moment du travail infructueux auquel elle fut en proie pendant trois jours, et lorsque la rupture du kyste était fort à craindre, on n'aurait pas dû ou tout au moins si on n'aurait pas pu pratiquer la gastrotomie, annonce une opinion déjà assez arrêtée, et qui cherche une autorité pour se fortifier.

La perspective de sauver la mère et l'enfant est certainement séduisante, et l'on comprend qu'en pareil cas on prenne un grand parti; l'on comprend surtout qu'on opère quand la voie du vagin est celle qu'on peut choisir. Encore faut-il qu'il n'y ait aucun doute ni sur l'existence d'une grossesse extra-utérine, ni sur la vie, ni surtout sur le bon état de l'enfant. Si, pour son salut, on risque beaucoup, au moins faut-il qu'on soit sûr de le sauver. A son point de vue, dans ces conditions

favorables, l'indication ne saurait être contestée. Il ne faut pourtant pas qu'un bien naturel empressement en sa faveur fasse perdre de vue le danger certainement très-grand que l'opération pratiquée à ce moment fait courir à la mère, et le but qu'on s'est proposé de sauver deux vies à la fois. L'opération, au moins la gastrotomie proprement dite, n'expose guère moins alors la vie de la mère que l'opération césarienne. Qu'on songe en particulier aux difficultés et aux dangers résultant d'adhérences très-intimes du placenta, de la non-occlusion des vaisseaux maternels après la séparation de cet organe, de la présence d'une large poche en communication avec l'air extérieur et dont l'ablation n'est pas toujours possible. Des conditions plus favorables peuvent se rencontrer, il est vrai, mais le sait-on jamais d'avance? Aussi faut-il reconnaître qu'en ce qui concerne la mère l'indication est moins sûre ; elle existe cependant, non pas au point de commander, mais assez pour autoriser l'opération.

Quelque encourageants que soient aux yeux du chirurgien les exemples d'heureuse hardiesse disséminés, *rari*, *rarissimi*, dans les recueils scientifiques, qu'il ne perde jamais de vue que cette rupture redoutable du kyste pendant les efforts parturitifs, qu'il s'agit de prévenir, n'arrive pas à beaucoup près toujours, et qu'on ne peut jamais savoir d'avance si elle aura lieu ou non. Dans le cas du docteur Biebuyck, trois jours de travail violent ne l'ont-ils pas laissé intact? Si l'on était toujours sûr qu'il résistera, ne vaudrait-il pas mieux, pour assurer de meilleures chances à la mère, renoncer à la prétention, souvent trop élevée, d'obtenir un double succès? Mais l'incertitude est là, et pour un accoucheur qui a présente à l'esprit sa double mission, le *melius anceps* peut être une règle de conduite.

Pour nous, nous n'en poserons point d'absolue; car c'est ici plus qu'ailleurs le cas où, pour sortir d'une situation perplexe, le chirurgien doit surtout prendre conseil des circonstances, de ses lumières et des inspirations de sa conscience. Nous ne doutons pas qu'au besoin M. le docteur Biebuyck ne les consulte avec fruit, et qu'il ne sache dans le danger allier la prudence à la décision.

Le choix d'ailleurs ne lui sera pas toujours laissé. Des résistances prolongées ou des refus absolus amèneront des temporisations qu'il est facile de prévoir, et pendant ce temps la nature se chargera de trancher la question. Ou l'orage se calmera peu à peu, ce qui n'est pas si rare, ou le kyste éclatera, accident qui n'est pas toujours mortel, et qui, loin d'exclure la gastrotomie, laisse subsister l'indication d'y recourir et la chance de la faire avec succès, si on y procède dès que

l'hémorrhagie est arrêtée et quand le trouble profond que le système nerveux avait subi est dissipé.

Je conclus, Messieurs, il en est temps, en vous proposant :

1° D'adresser à M. le docteur Biebuyck une lettre de remercîments pour l'intéressante communication qu'il a bien voulu nous faire;

2° De publier son observation dans le *Bulletin* de la Société.

M. DEPAUL désirerait avoir quelques éclaircissements sur un point fort intéressant de l'observation, à savoir : le diagnostic. Les caractères d'après lesquels l'auteur l'a établi, c'est-à-dire les mouvements du fœtus très-superficiels et sentis avec la plus grande facilité, lui paraissent insuffisants, et pour sa part, d'après ces signes seuls, ce diagnostic ne lui paraît pas acceptable.

De plus, a-t-on diagnostiqué la grossesse extra-utérine au début ou ultérieurement ?

S'est-on, à cet effet, servi de l'auscultation ?

Dans ce dernier cas, M. Depaul serait curieux de savoir si le bruit de souffle a été entendu.

M. DANYAU répond que M. Biebuyck n'a observé la maladie qu'après vingt mois depuis son début; que son diagnostic a été porté non-seulement d'après l'exploration directe de la malade, mais encore d'après les renseignements donnés et l'ensemble des symptômes observés, sans recourir à l'auscultation.

M. DEPAUL insiste sur l'intérêt qu'eût présenté l'auscultation, car il pense que le bruit de souffle de la grossesse peut exister dans une grossesse extra-utérine ; et cependant, dans cette circonstance, le placenta n'étant pas en rapport avec la face interne de la matrice, il est permis d'en conclure que le bruit de souffle n'est pas le résultat du passage du sang maternel dans le placenta.

MM. CAZEAUX et DEPAUL échangent à ce sujet quelques paroles de controverse, sans vouloir approfondir la discussion.

Les conclusions du rapport de M. Danyau sont mises aux voix et adoptées.

La Société décide que l'observation de M. Biebuyck et le rapport auquel elle a donné lieu seront envoyés au *Bulletin.*

M. GOSSELIN rend compte d'une opération qu'il a pratiquée il y a quelques mois pour une fistule salivaire du canal de Sténon. Cette fistule avait été consécutive à l'ablation d'une tumeur de la joue. M. Bodard, chirurgien distingué à Calais, après avoir employé vainement la cautérisation et la compression, donna au malade, qui désirait être

débarrassé le plus promptement possible de cette infirmité, le conseil de venir à Paris. La situation de l'ouverture fistuleuse et l'écoulement d'une quantité considérable de liquide clair pendant les repas ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une fistule salivaire du canal de Sténon, à droite.

M. Gosselin pensa qu'il fallait s'efforcer de créer un canal artificiel du côté de la bouche, et songea de suite au procédé classique de Deguise et à la modification de Béclard. Il n'avait pas encore pratiqué ces opérations, mais il les avait vu faire par A. Bérard, et il avait remarqué que l'insuccès était dû à ce que la plaie extérieure, réunie après avivement, avait suppuré, et à ce que les orifices étroits établis du côté de la bouche par le fil métallique s'étaient cicatrisés plus vite que la plaie extérieure devenue granuleuse après la non-réunion immédiate. Comme il y avait chez le malade quelques décollements de peau dont l'incision était nécessaire, et que par suite la plaie extérieure, granuleuse, se serait trouvée dans des conditions encore plus défavorables pour la réunion immédiate, M. Gosselin pensa que l'indication principale était d'établir d'emblée du côté de la bouche une ouverture plus large que celle qu'on fait avec le fil métallique laissé en place ou même serré progressivement chaque jour, et le mode d'exécution le plus sûr, tant pour éviter l'hémorrhagie que pour avoir une solution de continuité facile à maintenir ouverte, lui parut être l'écrasement linéaire.

Il plaça donc un fil de fer suivant les préceptes de Deguise et de Béclard, c'est-à-dire que l'anse correspondait à la fistule, et que les deux chefs, traversant la muqueuse par des orifices distants l'un de l'autre de plus d'un centimètre, sortaient par la bouche. Ces deux chefs furent attachés au serre-nœud de Mayor, et le fil fut serré progressivement pendant environ trois quarts d'heure. La douleur fut très-vive; il fut nécessaire de laisser reposer le patient pendant deux heures, au bout desquelles la constriction fut exercée de nouveau et la section achevée. Il y avait ainsi une large perforation par laquelle, dès le lendemain, on vit sortir la salive. Un appareil compressif fut ensuite appliqué sur la fistule extérieure.

Pendant quelques jours (il est vrai que le malade mangeait peu), la salive ne s'écoula pas sur la joue, mais au bout de six jours elle s'écoula de nouveau, et en portant la sonde cannelée au fond de l'ouverture buccale, M. Gosselin reconnut que ce fond s'était resserré. A partir de ce moment, il prit le parti d'introduire chaque jour le même instrument deux ou trois fois par jour, pour empêcher la réunion de ce fond

jusqu'au moment où la plaie extérieure serait cicatrisée. Les décollements de la peau furent en même temps incisés, et l'on en profita pour mettre deux points de suture au niveau de la fistule. La réunion immédiate n'eut pas lieu, et pendant que la plaie suppurait, on eut soin de continuer la compression et de favoriser l'écoulement de la salive par la bouche au moyen du décollement quotidien du fond de la plaie buccale avec la sonde cannelée. La cicatrisation extérieure était complète le vingt-quatrième jour, et l'on pouvait voir la salive couler dans la bouche par l'ouverture accidentelle. Depuis ce temps la guérison ne s'est pas démentie.

Sous ce double rapport de la section faite avec l'écraseur linéaire, et de l'introduction journalière de la sonde cannelée pour assurer la permanence du trajet buccal artificiel, M. Gosselin a pensé que ce fait était digne de l'intérêt de la Société.

M. VERNEUIL fait remarquer que l'histoire de ce malade démontre combien peu l'écoulement de la salive exerce d'influence sur la cicatrisation des plaies.

Il demande à ceux de ses collègues qui ont vu des opérations de fistules salivaires par les procédés qui consistent à créer une voie nouvelle à la salive, ce que devient le nouveau canal, à savoir : s'il s'oblitère ou s'il persiste, et cela combien de temps après l'opération.

Car l'incision du périnée dans l'opération de la boutonnière se cicatrise, quoi qu'on fasse, malgré le passage de l'urine; la perforation de l'unguis, pratiquée dans le but d'ouvrir une voie artificielle aux larmes, s'oblitère après un certain temps, à moins que l'os n'ait subi une perte de substance très-considérable.

M. DEGUISE croit que la voie créée par les fils de plomb persiste, sans oser cependant l'affirmer : aussi se propose-t-il de recbercher l'observation donnée par son aïeul.

M. VERNEUIL insiste pour qu'une preuve de la persistance de la voie nouvelle soit recherchée et donnée, car dans les observations qu'il connaît, on ne dit même pas qu'on ait vu la salive s'écouler dans la boucbe par le canal artificiel; de sorte qu'on est en droit de demander si on n'intercepte pas l'excrétion d'une manière absolue, et si la guérison n'est pas obtenue par l'atrophie de la glande parotide.

Il pense que, dans des opérations de ce genre, les procédés anaplastiques peuvent seuls donner des résultats durables.

M. BOINET est d'avis que M. Verneuil, en généralisant ainsi son opinion, est beaucoup trop absolu, et se met en contradiction avec les faits mêmes.

En effet, si la fistule interne établie par le chirurgien se fermait toujours, quoi qu'on fasse pour l'en empêcher, il devrait en être de même de la fistule externe; or la multiplicité des procédés mis en usage pour arriver à fermer cette dernière démontre, au contraire, combien il est difficile d'en obtenir la cicatrisation et de tarir l'écoulement de la salive.

M. VERNEUIL rappelle que, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine*, il croit avoir démontré qu'il existe plusieurs causes de la persistance des fistules, causes tout autres que le passage par leur trajet d'un liquide quel qu'il soit.

Il tient de M. Leblanc, médecin vétérinaire, qu'il est impossible d'obtenir une fistule salivaire chez le cheval par la simple section du canal de Sténon, et qu'il faut pour cela en réséquer une quantité considérable.

Il se demande donc si la création d'une voie artificielle est logique, comme procédé d'opérer les fistules salivaires; car si cette voie ne persiste pas, elle n'est pour rien dans la guérison, et celle-ci n'est obtenue que par atrophie de la parotide.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Arrêt de développement congénital de plusieurs os longs. — **M. BOUVIER**, tout en étant convaincu de l'existence du rachitisme congénital, qui ne lui paraît pas admise par son honorable collègue M. Depaul, pense comme lui que certains arrêts de développement ont pu être confondus avec cette affection. La petite fille de trois mois qu'il place sous les yeux de la Société offre un cas de ce genre. Sa principale difformité est une brièveté native des humérus, réduits à la moitié environ de leur longueur normale. Le raccourcissement est plus prononcé à droite qu'à gauche. Les humérus ne sont que très-légèrement courbés. La peau est plissée en travers, comme si elle avait conservé trop d'étendue pour les dimensions de l'os. Les avant-bras ont une forme et une longueur à peu près normales. Ils ne sont point flexibles; les humérus ne le sont pas davantage. Les deux membres supérieurs ne jouissent que de faibles mouvements du coude, de la main et des doigts. La supination est impossible, l'extension de l'avant-bras est incomplète. On ne peut imprimer à l'humérus que des mouvements limités, et les omoplates semblent retenues dans une situation fixe par des brides fibreuses ou musculaires.

Les muscles de l'épaule sont d'ailleurs atrophiés.

Les fémurs présentent un raccourcissement analogue à celui des

humérus, mais beaucoup moins marqué; ils sont légèrement courbes.

Les cuisses et les genoux sont affectés de rétraction musculaire, et ne peuvent être complétement étendus. Les adducteurs sont aussi un peu rétractés. Les jambes sont droites. Les extrémités articulaires paraissent un peu renflées, peut-être à cause de la maigreur de l'enfant.

Le thorax est à peine déprimé latéralement, le *chapelet* costal à peine sensible.

La colonne lombaire décrit une assez forte convexité en arrière, quand le tronc est placé verticalement.

La tête est bien conformée.

Cette enfant est chétive; elle n'a qu'un souffle de vie, et on assure qu'elle n'a pas pris d'accroissement depuis la naissance. Cependant elle prend bien le sein; on lui donne même à manger, et elle digère bien.

Elle n'a qu'une sœur de quatre ans et demi, bien développée et bien portante, n'offrant d'autre trace de rachitisme qu'un excès de saillie des bosses frontales.

La mère dit n'avoir éprouvé ni maladie, ni accident, ni révolution morale dans sa seconde grossesse, qui n'aurait pas différé de la première.

Quelle cause a pu arrêter les humérus et les fémurs dans leur développement?

Il paraît difficile à M. Bouvier de dire, dans ce cas, que c'est le rachitisme; il est trop peu prononcé. Pourquoi son action se seraitelle concentrée dans les bras, qu'elle aurait simplement raccourcis, au lieu de les ramollir et de les déformer? M. Houel a bien fait voir que l'accroissement des os pouvait être arrêté par une éburnation rachitique accomplie dans l'utérus; mais nous ignorons la nature du tissu osseux chez cette enfant, et son aspect extérieur n'est pas tout à fait celui que l'on rencontre dans ces cas où le rachitisme a parcouru toutes ses périodes avant la naissance. L'atrophie des muscles au voisinage de la lésion, les rétractions qui se voient dans plusieurs régions, indiquent une affection primitive de l'axe cérébro-spinal. Cette affection serait-elle plus qu'une complication? donnerait-elle la clef de l'arrêt de développement qui a frappé certains os?

M. BOINET serait disposé à admettre une arthrite pendant la vie intra-utérine comme cause de la difformité de l'enfant présentée par M. Bouvier. Il a vu dans sa pratique une femme de trente ans, qui à l'âge de deux ans eut une arthrite de l'épaule, et dont l'humérus de ce côté est resté de 12 à 15 centimètres plus court que celui du côté opposé.

M. HOUEL a montré jadis à la Société des pièces pathologiques qui peuvent servir à expliquer ce fait de difformité congénitale des deux humérus.

Il est trois espèces de lésions des os :

1° Les anomalies ;

2° Les lésions rachitiques ;

3° Enfin les lésions dont il a fait voir quatre ou cinq exemples, lésions symétriques dans lesquelles les os sont courbés, mais présentent une très-grande consistance qu'il suppose être le résultat d'une réorganisation osseuse après ramollissement.

C'est cette dernière affection qui existerait chez cette enfant.

— M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille atteinte d'une tumeur veineuse de l'aisselle droite, qui, ayant été ouverte d'un coup de bistouri, donna lieu à une hémorrhagie très-grave pour laquelle on vint réclamer ses soins, et qu'il eut beaucoup de peine à arrêter. Cette tumeur ne grossit pas, mais elle devint douloureuse au point d'interdire tout travail.

Cette jeune fille offre, de plus, un exemple d'hypertrophie du membre inférieur gauche, qui non-seulement est plus gros, mais plus long que l'autre. Des faits semblables ont déjà été signalés par M. Chassaignac chez des sujets présentant des taches vasculaires sur la peau ; mais chez les sujets précédemment soumis à son observation, les taches siégeaient sur le membre hypertrophié ; tandis que chez cette jeune fille elles affectent le membre qui a conservé son volume normal, l'autre membre n'en présentant pas de traces.

Le secrétaire, LEGOUEST.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Séjour du kyste fœtal pendant vingt-neuf mois dans la cavité ventrale,

Par le docteur J. BIEBUYCK.

(Commission nommée le 31 août 1859 : MM. Danyau, Cazeaux, Depaul.)

S'il est des cas où la situation du médecin est embarrassante, ce sont bien ceux qui réclament une détermination immédiate de sa part, et pour lesquels cependant la science n'a pas encore établi de règle

fixe de conduite. Tel est bien le cas où le chirurgien, appelé près d'une femme dont la grossesse est arrivée à son terme sans aucun accident, et chez qui un travail analogue à celui de l'accouchement vient de se déclarer, constate que le fœtus s'est développé dans un kyste en dehors de l'organe gestateur. Le kyste menace de se rompre, et cette rupture est presque toujours rapidement mortelle. Si d'ailleurs la femme échappe à ce premier danger, les transformations qui surviendront dans le kyste, alors que le fœtus aura cessé de vivre, entraîneront le plus souvent la mort de la mère dans une époque assez rapprochée. D'un autre côté, il connaît toute l'étendue des dangers d'une opération aussi fréquemment funeste que la gastrotomie ou toute autre opération destinée à extraire le fœtus. Que fera-t-il donc? Pour arriver à une détermination rationnelle, il doit, d'une part, peser les chances de vie et les dangers de mort que présente l'opération et pour la mère et pour le fœtus; et de l'autre, les probabilités de terminaison heureuse ou fatale qui résultent pour la femme de l'abandon du kyste dans l'intérieur de l'abdomen, sans oublier que cet abandon voue l'enfant à une mort inévitable.

Le fait que nous avons observé étant de nature à entrer comme élément dans l'appréciation de ce dernier point, nous croyons faire une chose utile en le publiant dans tous ses détails.

F. D., âgée de vingt-sept ans, était d'une constitution assez forte, et présentait toutes les apparences de la plus belle santé.

Elle était *mariée depuis trois ans*, lorsque, il y a vingt-neuf mois, c'est-à-dire dans le courant de *février* 1857, elle se crut enceinte pour la *première fois;* et, en effet, les règles se supprimèrent, les mamelles se tuméfièrent, le ventre augmenta graduellement de volume jusqu'à la fin du neuvième mois; on remarqua qu'il devint très-rapidement apparent; on ignore si le développement a commencé par la ligne médiane ou par l'un des côtés. Vers quatre mois et demi, elle sentit très-distinctement son enfant se mouvoir. Ces mouvements étaient même, disait-elle, parfois si marqués qu'on les voyait très-nettement se communiquer aux vêtements; par pudeur alors elle fuyait les regards des personnes qui l'environnaient. Ces mouvements, ainsi que nous le verrons plus loin, se sont *prolongés jusque quelques jours après l'époque du travail.*

Il n'y eut ni nausées, ni vomissements, ni douleurs hypogastriques, ni aucun des accidents qui compliquent parfois la grossesse; elle éprouva seulement quelques légers accès d'hystérie, mais cette affection datait d'une époque antérieure à son mariage.

Vers la fin du neuvième mois, il se déclara un travail tout à fait analogue à celui de l'accouchement; les douleurs, d'abord légères et rares, devinrent bientôt d'une intensité et d'une fréquence extrêmes. *Pendant trois jours* elle resta en proie à *d'atroces souffrances*, et cependant l'enfant ne se présentait point, le *col* même ne s'était que très-peu dilaté. Enfin une matière blanche, glaireuse, mêlée de quelques traces de sang, s'écoula par la vulve, et à partir de ce moment les douleurs diminuèrent graduellement et eurent bientôt complétement disparu; *elles ne se sont point renouvelées depuis*. Nous examinerons plus loin quel est l'organe qui a dû être le siége de ce faux travail.

Cet écoulement de mucosités glaireuses se continua pendant deux ou trois jours, puis cessa pour faire place à un phénomène non moins curieux, je veux dire la *sécrétion lactée*. En effet, les mamelles, devenues très-volumineuses, laissèrent échapper une quantité très-considérable de lait, si considérable, paraîtrait-il, qu'elle aurait pu *amplement suffire à l'allaitement de deux nourrissons*. Cette abondante sécrétion se prolongea pendant *six semaines environ*, puis diminua peu à peu, sans jamais se tarir complétement; car, peu de jours encore avant l'apparition de l'accident qui devait emporter la malade, la plus légère pression suffit pour en faire suinter quelques gouttes.

Les règles, qui s'étaient supprimées dès le début de la grossesse, reparurent deux mois après le faux travail, c'est-à-dire aussitôt que la sécrétion lactée eut notablement diminué. *Les mouvements du fœtus se firent sentir pendant quelques jours encore après la cessation du faux travail;* au bout de huit à dix jours ils eurent totalement disparu. A partir de ce moment, la tumeur diminua graduellement de volume pendant quelques semaines, puis resta stationnaire; remarquons qu'à mesure que le volume diminuait, la dureté devenait de plus en plus considérable.

Quant à l'état que présentèrent les organes génitaux aux diverses époques de la grossesse, et surtout au volume de la matrice vers la fin du neuvième mois de la gestation, il serait sans doute très-intéressant d'avoir des notions précises à cet égard; malheureusement je n'ai pu recueillir aucun document sur ce sujet. Je regrette également de n'avoir aucune des données qu'auraient pu fournir les tentatives faites pour percevoir les mouvements passifs du fœtus, soit par le vagin, soit par le rectum, soit par les parois abdominales, et l'auscultation appliquée à la recherche des battements du cœur de l'enfant et du souffle placentaire.

Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir, alors que, il y a

quatre mois, c'est-à-dire vers le milieu du mois de mars dernier, je fus appelé pour la première fois à visiter la malade. Rien, du reste, n'était venu troubler sa santé depuis le moment où le travail s'était terminé; rien, sauf les accidents d'hystérie dont nous avons déjà parlé. Ajoutons cependant que, sans doute sous l'influence de l'inquiétude que lui inspirait son état, et des chagrins qu'elle éprouva alors qu'elle eut appris les histoires plus ou moins grotesques que l'on avait fait courir à son sujet, ces accidents avaient très-notablement augmenté d'intensité et de fréquence (1). En dehors de ces accès, elle se livrait journellement aux travaux assez pénibles de sa profession sans en être nullement incommodée.

Voici l'état où je la trouvai :

Les mamelles étaient assez volumineuses, les mamelons un peu plus saillants que dans l'état normal; leurs auréoles étaient brunes, mais non très-élargies; elles étaient parsemées de glandules très-apparentes; la pression faisait suinter quelques gouttes de lait.

Le ventre, très-volumineux, présentait une tumeur ayant à peu près le *volume et la forme de celle que produit l'utérus distendu par un fœtus à terme.* Seulement cette tumeur était *un peu plus aplatie* sur sa partie antérieure. Elle était *superficielle et très-dure* dans toutes les parties que l'on pouvait atteindre par le palper de l'abdomen.

Par le toucher vaginal, je trouvai le col de l'utérus très-bas, assez saillant, regardant en haut et à droite, comme si le corps de l'utérus avait été refoulé en bas et à gauche *en subissant une légère rétroversion.* Le museau de tanche était parfaitement circulaire. J'imprimai d'une main des mouvements latéraux à la tumeur abdominale, tandis qu'un doigt de l'autre touchait le col de l'utérus; quelque étendus qu'aient pu être ces mouvements, ils ne se sont point sensiblement communiqués au col. Je comprimai alors la tumeur dans le sens de l'axe du bassin, et je sentis la pression se communiquer, mais légèrement, au col de la matrice.

Enfin, pour rendre mon examen aussi complet que possible, je pratiquai le toucher par le rectum. J'explorai d'abord l'utérus par cette nouvelle voie. Le doigt indicateur droit étant introduit dans le rectum,

(1) Cette femme, disait-on, avait bien réellement accouché au moment du travail; mais au lieu d'accoucher d'un être humain, elle avait enfanté un animal poilu, à quantité innombrable de pattes. Le mari, l'ayant vu, aurait saisi une bêche et assommé le monstre, pour aller l'enfouir au plus vite.

je fis pénétrer le pouce par le vagin jusqu'au col de la matrice. Partant alors de ce col du côté du rectum, je pus, à l'aide du doigt indicateur, reconnaître successivement et avec la plus grande facilité *toute la longueur du col*, *l'étranglement qui marque la séparation du col d'avec le corps de l'uterus*, *la face postérieure de ce corps*, *et enfin la partie postérieure du fond* de *cet organe*. Comprenant alors toute la longueur de l'utérus entre le pouce et l'index, je pus me convaincre facilement que le diamètre vertical de cet organe *n'avait pas sensiblement augmenté*. Mesurant alors sa largeur, je trouvai qu'elle avait également à peu près ses *dimensions normales*.

Retirant alors le pouce du vagin, et, poursuivant mes investigations dans le sens de la profondeur, je sentis immédiatement au-dessus de la matrice une tumeur parfaitement distincte de cet organe et par la *rainure qui l'en séparait* et par l'étendue beaucoup plus considérable de ses dimensions. Cette tumeur s'étalait de chaque côté de l'utérus en présentant une surface assez unie, large et dure comme la tumeur abdominale, dont elle n'était évidemment que la section profonde; car, en imprimant des mouvements variés à la partie saillante du côté de l'abdomen, je sentis très-nettement ces mouvements se transmettre à la tumeur que je touchais du côté du rectum. Cette tumeur reposait sur le détroit supérieur. Remarquons en passant que jamais néanmoins il n'y eut de symptômes de compression ni du côté du rectum, ni du côté de la vessie, ni du côté des veines qui charrient le sang rapporté des extrémités inférieures.

De cet examen il ressortait évidemment :

1° Que l'utérus était vide et complétement étranger à la tumeur qui siégeait au-dessus de lui;

2° Que la tumeur globuleuse qui faisait saillie à la partie antérieure de l'abdomen reposait par sa partie postérieure sur le détroit supérieur du bassin, et pénétrait même un peu dans l'excavation pelvienne, remplissant ainsi une portion considérable de la cavité ventrale.

Mais quelle était la nature de cette tumeur? Cette question ne pouvait pas rester longtemps indécise. La suppression des règles, les mouvements si évidents du fœtus, l'apparition même du faux travail se terminant par l'expulsion de mucosités glaireuses, sanguinolentes, et enfin surtout l'établissement d'une sécrétion lactée aussi abondante, et la réapparition des règles après la diminution de cette sécrétion, tout cela devait bien suffire à nous convaincre de la réalité de la grossesse. On a bien cité des femmes qui, sans être enceintes, ont présenté tous les phénomènes de la grossesse la plus légitime, sans en

excepter les mouvements du fœtus, ni même l'engorgement des seins par une sécrétion laiteuse. Le désir de devenir mère a pu quelquefois faire croire à des mouvements fœtaux qui n'ont point existé, ou dont la sensation a été produite par de simples déplacements de gaz. D'un autre côté, la distension de l'utérus par une cause autre que l'existence d'un produit de conception (grossesse nerveuse, hydrométrie, tympanite utérine, rétention des menstrues, etc.), certaines affections de l'ovaire (kystes, dégénérescences), et même l'hématocèle périutérine ont pu parfois déterminer dans les organes mammaires la production sympathique d'un liquide blanc tout à fait analogue au lait; mais jamais dans ces cas on n'a observé des mouvements aussi évidents ni aussi fréquents que ceux qui se sont produits chez notre malade, jamais surtout on n'a constaté un écoulement de lait qui ait été aussi abondant et qui se soit produit à la suite d'un faux travail.

Nous avions donc, d'une part, *la certitude qu'il y avait eu grossesse*, d'autre part, nous avions acquis celle de la vacuité de l'utérus. Nous étions donc forcément amené à conclure que le produit de la conception s'était développé en dehors de l'organe destiné à le recevoir, c'est-à-dire que nous avions affaire à une *grossesse extra-utérine*. C'est à ce diagnostic que nous nous arrêtâmes; c'est aussi ce que nous annonçâmes à la famille, qui réclamait notre avis sur la nature du mal. Cette supposition rendait d'ailleurs parfaitement compte de tout ce qui s'était passé chez notre malade, et expliquait même, en partie du moins, la diminution de volume qu'avait subie la tumeur pendant les premiers temps qui ont suivi le faux travail : *après la mort du fœtus les eaux de l'amnios s'étaient* RÉSORBÉES.

Notre diagnostic ne tarda malheureusement pas longtemps à se confirmer. Le 21 juillet dernier, vers le milieu de la nuit, la malade fut prise tout à coup de douleurs excessivement violentes; des vomissements survinrent, d'abord assez rares, mais bientôt presque continuels, et, malgré tous les moyens qui furent mis en usage, elle succomba le cinquième jour aux progrès incessants d'une PÉRITONITE AIGUE.

Le lendemain, je procédai à l'autopsie : je divisai les parois de l'abdomen par une incision cruciale, et j'en disséquai attentivement tous les lambeaux; la tumeur avait contracté avec ces parois des adhérences tellement intimes qu'elle ne pouvait plus en être isolée. Cette dissection faite, je reconnus un kyste extrêmement volumineux qui reposait sur le détroit supérieur du bassin et remontait en haut jusqu'au

niveau de l'estomac et du foie; transversalement, il occupait toute l'étendue des fosses iliaques. Les intestins étaient refoulés derrière la tumeur, mais étaient complétement libres d'adhérences, si ce n'est au niveau de l'S iliaque, qui avait contracté avec la partie postérieure de la poche fatale des adhérences récentes et présentant une étendue de cinq à six centimètres.

Je fendis le kyste dans toute sa largeur, et j'y trouvai un fœtus parfaitement conformé, ainsi que nous le verrons tout à l'heure; le kyste était complétement vide d'eau. J'enlevai alors d'une seule pièce et le kyste et l'utérus avec ses annexes, et je procédai à l'examen de ces diverses parties.

Le fœtus, pelotonné sur lui-même, était couché transversalement dans la poche qui le renfermait, le dos correspondant à la paroi abdominale antérieure, et la tête à la fosse iliaque gauche.

La peau présente une teinte jaunâtre; des plaques légèrement rosées se remarquent sur les parties qui correspondaient à la portion postérieure du kyste; sa consistance est assez ferme, plus ferme que celle de la chair normale. Une incision faite dans toute la longueur de la cuisse à la partie interne m'a fait reconnaître que les muscles ont *conservé leur consistance et leur couleur ordinaires*. Mais le tissu cellulaire sous-cutané paraît avoir subi un commencement de transformation; en promenant le doigt sur la surface de l'incision, on dirait que ce tissu est *infiltré d'une matière granuleuse*, *dure*, *comme sablonneuse.*

Quant à l'âge du fœtus, il présente tous les caractères d'un produit arrivé à terme. En effet :

1° Son poids est de 2 kilogr. 300 grammes. (Cette légèreté s'explique par la dessiccation des tissus.)

2° Sa longueur est de 49 centim. et demi.

3° L'ombilic répond à un demi-centim. au-dessous de la moitié de cette longueur.

4° La tête présente les dimensions suivantes :	Diamètre occipito-mentonnier.	12	centim.
	— — frontal . . .	11	—
	— — bipariétal. .	10	—
	Circonférence occipito-frontale.	30	centim. 1/2

5° Les testicules sont descendus dans les bourses.

6° Les ongles dépassent l'extrémité des doigts, et les cheveux ont une couleur noire déjà très-prononcée.

7° Enfin le point d'ossification intercondylien du fémur offre les dimensions suivantes :	Diamètre transversal . . . . . . 5 millim. 1/2 — oblique de haut en bas et d'avant en arrière. 4 — perpendiculaire au précédent. . 2 —

D'après tous ces signes, et surtout d'après les dimensions du point d'ossification intercondylien, ne serait-il pas permis de croire *que le fœtus a dépassé* de quelques jours le terme de neuf mois, et que sa mort a réellement coïncidé avec l'époque où la femme a cessé de le sentir?

La poche fœtale présente en arrière quelques plaques noires, dont une plus large a contracté des adhérences avec le gros intestin; il y a tout lieu de croire que la péritonite qui a emporté notre malade a été occasionnée par l'INFLAMMATION PRIMITIVE DU KYSTE EN CE POINT, surtout si l'on considère que le point correspondant de l'intestin était le centre des lésions anatomiques que nous avons observées dans les viscères abdominaux. La membrane propre du kyste présente peu d'épaisseur dans les parties libres d'adhérences (un millim. environ). Malgré les recherches les plus minutieuses que j'ai faites dans ce but, je n'ai rien pu trouver qui puisse faire croire à la présence de fibres contractiles dans la structure de cette membrane. A la partie supérieure, au niveau de l'estomac, est un renflement considérable présentant une épaisseur de 7 à 8 CENTIMÈTRES et un diamètre de 15 centimètres. Ce renflement est constitué par une matière jaunâtre, spongieuse, et n'est autre que la masse placentaire. Du centre de cette masse part le cordon ombilical, qui n'offre rien de particulier à noter.

Pour terminer ce travail; je procédai enfin à une dissection attentive de l'utérus et de ses annexes, afin de saisir les rapports exacts de ces diverses parties avec l'enveloppe du fœtus, et en déduire, s'il était possible, la variété de grossesse extra-utérine que nous avions sous les yeux.

Le ligament large, la trompe et l'ovaire gauches présentent tout à fait l'aspect normal, et sont complétement indépendants du kyste fœtal. L'utérus, un peu incliné à gauche, est situé au-dessous de la poche, et a contracté avec elle des adhérences très-légères dans la moitié droite de son fond; ces adhérences ont été détruites avec la plus grande facilité à l'aide d'un manche de scalpel. Son volume, un

peu plus considérable que dans l'état normal, présente les dimensions suivantes :

Diamètre	vertical extérieur.	8 centim.
—	transverse —	6 centim.
—	antéro-postérieur du corps.	2 centim. 1/2.

La trompe et l'ovaire droits sont accolés contre le kyste à quelques centimètres l'un de l'autre. En faisant pénétrer un stylet très-fin par l'orifice utérin de cette trompe, on arrive jusque sur la paroi du kyste. Mais ni l'ovaire ni la trompe n'étaient intimement confondus avec elle, car il suffit de quelques légères tractions pour les en détacher et décoller également le feuillet péritonéal, qui, se repliant de ces organes sur la tumeur, semble la contenir dans l'écartement de ses feuillets.

Cette disposition anatomique des parties bien constatée me porte à croire que l'ovule fécondé est tombé, dès le moment de la conception, en dehors du péritoine, dans l'intérieur du ligament large droit; en d'autres termes, il me semble que cette grossesse appartient à la variété de grossesses extra-utérines que l'on a désignée sous le nom de *sous-péritonéo-pelvienne.*

Examinons maintenant s'il est possible de déterminer quel est l'organe qui a été le siége du faux travail dont nous avons parlé plus haut. Si nous considérons, d'une part, l'absence de fibres contractiles dans les parois du kyste, et de l'autre l'hypertrophie persistante de l'utérus, et surtout l'expulsion de mucosités qui a signalé la disparition des douleurs, ne paraît-il pas probable que le travail a dû se passer dans la matrice? Cette hypertrophie, quelque légère qu'elle soit aujourd'hui, ne porterait-elle pas à croire que l'organe gestateur a dû offrir un volume beaucoup plus considérable au moment du faux travail? Le retour graduel de cet organe à son volume normal concourrait alors avec la résorption des eaux de l'amnios à expliquer la diminution de volume qu'a subie le ventre dans les premiers temps qui ont suivi les douleurs. Ce cas viendrait ainsi à l'appui de l'opinion qu'exprime M. Dezeimeris dans un mémoire inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales.* « Ces tentatives de la nature, ces phénomènes de travail, dit-il, ne sont point un fait exceptionnel, un cas plus ou moins rare dans la marche des grossesses extra-utérines, comme paraissent le croire les auteurs modernes. Dans toutes, c'en est la règle, et c'est l'absence de ces phénomènes qui en est l'exception. La source de l'erreur est facile à découvrir. On a regardé comme une

chose raro que la matrice augmentât de volume dans les grossesses extra-utérines, et on l'a à peu près nié pour celles de ces grossesses dans lesquelles le kyste fœtal n'est pas dans la trompe et ne tient pas à l'utérus; or, si l'utérus n'est pas développé, il ne peut pas se contracter; donc, il fallait admettre que les contractions *se passaient dans le kyste lui-même*, et c'est ce qu'on a fait. Supposition fausse; la vérité est que la matrice se développe presque toujours, et cela au point de pouvoir égaler, dans certains cas, un utérus au troisième ou au quatrième mois de la grossesse, que la cavité est agrandie, que des matières pseudo-membraneuses susceptibles d'être expulsées y sont renfermées, que son tissu est beaucoup plus pénétré de sang que dans l'état de vacuité; qu'il y a, en un mot, toutes les conditions requises pour un véritable travail; conditions d'où l'on voit résulter une série de phénomènes qui s'expliquent par là avec la plus grande facilité, tels que l'écoulement de mucosités glaireuses par les parties génitales, l'ouverture et l'agrandissement plus ou moins considérable du col utérin, *l'écoulement du sang* pouvant aller jusqu'au degré d'une violente métrorrhagie, l'expulsion d'une substance tomenteuse, d'une caduque assez développée dans certains cas pour avoir été prise pour un placenta. Ainsi donc c'est dans l'utérus, et non dans le kyste, que se passent ces contractions du faux travail. »

Il ne nous reste plus maintenant qu'une dernière question à examiner; cette question, la plus importante de toutes, est celle du traitement. D'abord que doit faire le chirurgien, s'il est appelé au moment du faux travail? Il ne nous appartient pas de trancher cette grave question. Cependant le fait que nous venons de rapporter est évidemment de nature à corroborer l'opinion de ceux qui veulent que le chirurgien intervienne activement en pareille circonstance. Il montre, en effet, que, lorsque, après avoir échappé aux dangers si fréquemment mortels du faux travail, on voit, par la plus heureuse des fortunes, survenir dans le kyste la seule et trop rare terminaison qui n'expose pas la femme à une mort prochaine et presque inévitable, le séjour du kyste dans l'abdomen n'en constitue pas moins pour elle un danger assez grand, puisque c'est l'inflammation primitive de ce kyste qui a produit chez notre malade la péritonite suraiguë qui devait l'emporter. D'un autre côté, la gastrotomie, quoique la plus grave des opérations qui se puissent présenter en pareille circonstance, compte déjà quelques succès. Nous inclinerions donc, alors même que cette opération, comme dans le cas actuel, serait la seule praticable, nous inclinerions, dis-je, à pratiquor l'extraction du fœtus, mu surtout par cette

importante considération que cette extraction seule peut sauver la vie de l'enfant.

Mais pour nous, qui n'avons été appelé à voir la malade qu'alors que le fœtus avait depuis longtemps cessé de vivre, et que la femme avait traversé impunément les plus redoutables dangers de sa position, fallait-il, pour la soustraire à ceux auxquels elle restait exposée, fallait-il pratiquer une opération aussi fréquemment mortelle que la gastrotomie? Les dangers extrêmes d'une pareille opération, d'une part, et, de l'autre, le peu de gêne qu'apportait la présence du fœtus, la probabilité d'une transformation dure, que faisait espérer la consistance de la tumeur, et les chances d'une prolongation indéfinie de la vie qui en découlaient pour la mère, m'ont fait un devoir de résister obstinément aux pressantes sollicitations de cette femme, qui, du jour où je lui annonçai l'existence d'un enfant en dehors de la matrice, ne cessa d'en réclamer l'extraction. Je fus bien moins encore tenté de recourir à l'opération au moment où la péritonite vint à éclater. La gastrotomie, pratiquée alors en désespoir de cause, n'eût fait sans aucun doute qu'exaspérer les symptômes inflammatoires et hâter le terme fatal.

Séance du 14 septembre 1859.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. DEGUISE fils demande la parole à propos du procès-verbal, pour informer la Société qu'il n'a pu retrouver dans ses notes l'observation d'opération de fistule salivaire pratiquée par son grand-père par le procédé auquel il a laissé son nom; mais que son père a suivi avec intérêt et revu plusieurs fois après l'opération la jeune fille qui l'a subie, et qu'il a pu constater que les deux fistules, créées par le fil de plomb, persistaient encore après plusieurs années, et que toutes deux livraient passage à la salive.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les journaux de la semaine.

2° Un mémoire de M. Duchenne (de Boulogne), intitulé : *Recherches*

électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles qui meuvent le pied. Paris, 1856.

3° Un travail de M. Sirus-Pirondi, intitulé : *Relation historique et médicale de l'épidémie cholérique qui a régné à Marseille pendant l'année* 1858. Paris, 1859.

4° Un mémoire de MM. les docteurs Batailhé et N. Guillet sur l'alcool et les composés alcooliques en chirurgie. Paris, 1859.

5° Le numéro 2 du tome IV du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*.

6° Une notice biographique sur L. J. Bégin, ancien inspecteur et président du conseil de santé des armées, par M. Grellois, secrétaire du conseil de santé. Paris, 1859.

Cette notice est présentée par M. Larrey, au nom de l'auteur.

La correspondance manuscrite se compose d'un travail sous forme de lettre, adressé à la Société par M. Andrieux (d'Amiens), à propos du rapport fait à la Société par M. Laborie, sur une opération césarienne dont notre confrère d'Amiens nous a donné l'histoire.

Consultée à l'effet de savoir si ce nouveau travail de M. Andrieux, tendant à mettre en discussion le rapport d'un de ses membres par un confrère étranger à la Société, doit être lu en public, la Société décide à la majorité des voix qu'il ne sera pas donné lecture publique de la lettre de M. Andrieux (d'Amiens).

M. BOUVIER présente, au nom de M. Duchenne (de Boulogne), un mémoire manuscrit sur l'emploi thérapeutique de la faradisation appliquée aux déviations du pied signalées par cet auteur dans son mémoire imprimé.

A ce mémoire sont joints quatre moules en plâtre : les numéros 1 et 2 de ces moules représentent un pied creux valgus, non douloureux, par contracture du long péronier latéral *seul*. La faradisation du jambier antérieur et le redressement brusque ont amené la guérison.

Les nos 3 et 4 représentent un pied plat valgus, douloureux. Avant que M. Duchenne entreprît de le traiter, M. Richard avait fait sur ce pied la section du long extenseur des orteils et du court péronier, en ménageant le long péronier atrophié. Après la ténotomie le valgus fut réduit, mais la voûte plantaire resta effacée, et les douleurs du pied persistèrent. La faradisation du long péronier rétablit peu à peu la voûte, fit disparaître les douleurs et amena une guérison complète. (Commissaires, MM. Bouvier, Gosselin et Richet.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DEBOUT demande l'avis de ses collègues sur le cas de vice de conformation suivant :

J'ai été consulté, dit M. Debout, par Mlle Louise D..., âgée de 20 ans, d'un tempérament nerveux, d'une bonne constitution, n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, pour un vice de conformation des organes génitaux externes qui a fait regarder cette jeune fille comme un exemple d'hermaphrodisme.

Le moule en plâtre que je mets sous vos yeux vous permettra de vous rendre compte de la disposition des parties. Le clitoris, du volume du petit doigt, long de 4 ou 5 centimètres, se termine par un gland à la base duquel, comme dans les cas d'hypospadias, se trouve l'ouverture par laquelle s'écoule l'urine. En arrière du gland, sur le corps de l'organe, existe un repli cutané qui simule un prépuce refoulé. Sous l'influence de la moindre idée lascive, et souvent même spontanément, cet organe entre en érection d'une façon désagréable pour la malade.

De chaque côté du clitoris existent les grandes lèvres, dont le développement est normal; celle du côté gauche offre à sa partie moyenne un relief dû à la présence de l'ovaire, sorti de la cavité du bassin par l'anneau inguinal. Cette saillie de la grande lèvre lui donne l'aspect de l'une des bourses; une particularité ajoute un nouveau trait à cette ressemblance. Chaque fois que le clitoris entre en érection, on voit un mouvement ascensionnel se produire dans les grandes lèvres, comme si elles étaient doublées d'un muscle crémaster.

Lorsqu'on écarte ces grandes lèvres, on ne trouve aucun vestige d'ouverture vulvaire; celle-ci est remplacée par une cloison formée à l'extérieur par une peau recouverte d'épithélium. Sur la ligne médiane existe un raphé, qui se prolonge de la commissure des grandes lèvres à l'ouverture située en arrière du gland du clitoris.

Voilà pour l'aspect extérieur des parties. Avant de chercher à vous rendre compte de la disposition des organes internes, je dois vous donner quelques détails sur le jeu fonctionnel de ces organes. Le réservoir urinaire est normal, ainsi que la miction. Il en est de même de l'utérus. La première apparition des règles a eu lieu il y a deux ans, sans autre phénomène que des douleurs de reins. L'écoulement sanguin dure un seul jour, mais il revient régulièrement chaque mois, précédé toujours de douleurs de reins, qui, lorsqu'elles sont très-vives, s'irradient dans l'aine droite seulement. A partir du jour où les douleurs commencent

8.

à se faire sentir, des envies très-fréquentes d'uriner ont lieu toutes les cinq minutes. Les urines deviennent brûlantes, elles se foncent en couleur jusqu'au jour où, suivant l'expression de la malade, elle n'urine plus que du sang.

Quelques jours avant et après l'époque menstruelle, les urines laissent déposer un mucus blanchâtre, dû, nous le verrons, à un écoulement leucorrhéique.

Les évacuations alvines sont régulières ; néanmoins, pendant la journée des règles la malade ressent des douleurs très-vives dans le périnée et y éprouve la sensation d'un poids.

Ces notions permettaient de prévoir que non-seulement l'utérus existait, mais encore le vagin.

Si on introduit une sonde de femme par l'ouverture située au-dessous du clitoris, l'instrument pénètre dans une cavité qui n'est pas la vessie, car l'urine ne s'écoule pas. Le doigt placé dans le rectum sent le bec de l'instrument séparé seulement par une cloison peu épaisse. Le bec de la sonde peut être mû latéralement dans une certaine étendue. Enfin, si on retire l'instrument en ayant soin de boucher le pavillon avec le doigt, on ramène de cette cavité tantôt un liquide séro-muqueux semblable à celui fourni par les flux leucorrhéiques, d'autres fois un liquide moins abondant, mais plus épais, transparent, analogue à de la glaire d'œuf, comme celui que l'on observe surtout dans les cas de catarrhe utérin.

De l'ensemble de ces faits, j'ai pensé qu'il y avait lieu d'intervenir dans ce cas, et de pratiquer tout d'abord l'incision de la cloison peu épaisse qui bouche l'ouverture vaginale. Cette première opération aura pour résultat immédiat de fournir une issue facile au sang des règles et au flux leucorrhéique. Elle permettra ensuite d'apprécier l'état du vagin, et de juger s'il y a lieu de poursuivre plus loin les manœuvres opératoires.

M. CAZEAUX demande si, par le toucher rectal, on a pu constater la présence d'un utérus, sur laquelle il élève des doutes.

M. DEBOUT a porté très-haut le doigt dans le rectum sans rencontrer l'utérus ; mais la présence de cet organe lui semble devoir être admise en raison de l'apparition régulière de la menstruation.

M. RICHARD est d'avis qu'il faut s'abstenir de toute opération ; il a toujours vu en pareil cas les opérations suivies de résultats fâcheux. Il croit pouvoir affirmer que, malgré son aspect féminin, le sujet dont M. Debout vient de décrire le vice de conformation est un mâle. Le

clitoris n'est autre chose qu'une verge ; la fente vulvaire, le canal de l'urèthre divisé, et l'ovaire un testicule.

Tous les hermaphrodites, selon M. Richard, sont des mâles, parce que les mâles seuls peuvent présenter des arrêts de développement. C'est pourquoi aucune des opérations entreprises pour restaurer les parties génitales n'a été couronnée de succès.

M. MOREL-LAVALLÉE donne le conseil de pénétrer dans la vessie avec une sonde en gomme élastique : cet instrument lui paraît plus propre par la courbure qu'on peut donner au mandrin que la sonde rigide en argent pour s'assurer de l'état des parties, dont une notion parfaitement exacte est indispensable avant de rien entreprendre.

M. HUGUIER, combattant l'opinion de M. Richard, lui oppose un fait dans lequel un sujet atteint de vice de conformation des parties génitales paraissait être mâle avant la dissection des pièces, et chez qui néanmoins il trouva un utérus à l'autopsie.

Il pense que la malade de M. Debout doit être touchée très-haut par les deux orifices, et qu'elle ne doit pas être opérée si le toucher ne révèle pas l'existence de l'utérus.

Il demande qu'on veuille bien s'assurer de la présence d'une vessie, et de la source du sang mêlé aux urines à certaines périodes, car le sang uriné peut provenir d'une exhalation de la muqueuse vésicale, et ne démontre pas qu'il existe une véritable menstruation.

Si l'utérus et la vessie existent, alors seulement il conseille de faire une opération consistant dans une simple incision pour diminuer la hauteur du périnée, opération sans aucune gravité.

M. DEPAUL regrette que l'examen de la malade n'ait pas été plus complet. Il croit possible de constater toujours la présence de l'utérus par le toucher rectal, en prenant la précaution de faire coucher les malades à plat sur le dos, sur le bord d'un lit.

M. Richard, selon lui, s'est montré beaucoup trop préoccupé de physiologie en formulant son opinion sur le cas dont il s'agit, cas qui ne lui paraît pas aussi grave qu'à son collègue. Tous les phénomènes décrits par M. Debout peuvent, en effet, s'expliquer par la soudure des petites lèvres, accident assez commun chez les petites filles et qui se produit à une époque plus ou moins éloignée de la naissance.

L'écoulement du sang, que M. Huguier explique par une exhalation de la vessie, serait pour M. Depaul l'écoulement menstruel normal, dont la sortie serait gênée par l'oblitération incomplète de la vulve.

D'après cette opinion, une opération exploratrice lui paraît possible et sans inconvénient.

M. VERNEUIL n'admet pas en principe l'opinion de M. Richard sur les hermaphrodites ; il y a très-certainement des hermaphrodites à éléments mâles, et des hermaphrodites à éléments femelles.

L'apparition des règles dans le cas dont il est question lui paraît difficile à expliquer, et il est porté à admettre que cette jeune fille est atteinte d'oblitération de la vulve, avec fistule vésico-vaginale.

Il est donc d'avis qu'il convient de tenter quelque chose, et de pratiquer une incision qui peut faire disparaître la difformité sans courir d'autre risque que de ne rien réparer.

M. GUERSANT a vu huit ou dix enfants réputés hermaphrodites. Il a cru d'abord avoir affaire à des petites filles ; mais sur le nombre de ces enfants, il put s'assurer par le toucher rectal que la matrice n'existait pas, et que trois ou quatre étaient des garçons.

Il pourrait croire que la malade de M. Debout est mâle, s'il n'avait vu, comme M. Depaul, bon nombre de petites filles présentant une vulve à leur naissance, et chez lesquelles, à un âge plus avancé, les petites lèvres agglutinées la faisaient disparaître.

Il conseille donc aussi une incision exploratrice.

M. RICHET, envisageant le fait à un autre point de vue pratique, rapporte qu'une jeune fille n'ayant jamais eu ses règles, et désirant se marier et jouir de toutes les conditions de la femme, vint réclamer ses soins.

S'étant assuré par le rectum de la présence de l'utérus, il incisa la membrane hymen, et trouva à deux centimètres au-dessus une oblitération du vagin. Il poussa son doigt contre l'obstacle, et, reconnaissant une fluctuation manifeste, il y plongea un trocart dont la canule donna issue à des mucosités. L'incision du diaphragme obturateur lui permit alors d'examiner le col de l'utérus, qu'il trouva imperforé.

M. Richet voit dans ce fait une raison péremptoire pour s'abstenir de toute opération lorsque le *molimen hemorrhagicum* des règles ne se manifeste pas.

M. CAZEAUX a pu constater chez une jeune fille que la présence de l'utérus n'est pas nécessaire à la manifestation du molimen menstruel, et que la présence des ovaires suffit pour le provoquer.

Il fait remarquer que la malade de M. Debout ne rend du sang qu'en urinant, et qu'à l'encontre du cours normal des règles, aucun écoulement de sang n'a lieu avant ou après la miction. Il pourrait donc bien se faire que l'utérus n'existât pas, et que la présence constatée de l'ovaire donnât lieu dans les organes voisins à une congestion et à une exsudation sanguine périodiques.

M. VERNEUIL ne pense pas que cette circonstance détruise son opinion ; car dans le cas d'une oblitération de la vulve avec fistule vésico-vaginale, le vagin sert de réservoir à l'urine en même temps qu'au sang menstruel , et les choses ne doivent pas se passer autrement chez la jeune fille dont M. Debout a entretenu la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DEPAUL fait voir un polype pédiculé du rectum qu'il a enlevé par l'écrasement linéaire à une femme de soixante ans.

Les détails relatifs à ce fait seront donnés dans la prochaine séance.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 21 septembre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. DEPAUL communique l'observation de la malade à qui il a enlevé le polype du rectum présenté dans la dernière séance, et le résultat des recherches microscopiques faites par M. Verneuil sur la structure intime de ce polype.

— **Polype du rectum opéré avec succès par la méthode de l'écrasement linéaire.** — La nommée Sophie M..., journalière, est entrée le 9 septembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de chirurgie dont je suis chargé.

Cette femme, qui est âgée de soixante-deux ans, n'a jamais eu de maladie grave.

Il y a deux ans, elle a senti pour la première fois, en allant à la selle, une tumeur saillante à l'anus et du volume d'une noisette. Au moment de la défécation, la tumeur donnait lieu à un léger suintement muco-sanguin. Elle rentrait ensuite, et était si indolente que la malade n'éprouvait, dans l'intervalle des selles, aucune sensation qui annonçât la présence d'un corps saillant dans le rectum.

La malade allait régulièrement à la garde-robe.

Cet état s'est maintenu pendant dix-huit mois ; mais depuis six mois la tumeur a grossi sensiblement et est devenue le siége d'un sentiment de pesanteur et de cuisson constante qui s'étendait à tout le pourtour

de l'anus. L'écoulement muco-sanguin qui accompagnait la défécation est devenu plus considérable, et il est survenu une constipation opiniâtre, la malade n'allait plus à la selle que tous les trois ou quatre jours, et à l'aide de lavements ou de purgatifs. Elle a remarqué que les matières qu'elle rendait étaient aplaties et comme passées au laminoir. Elles ont toujours présenté une assez grande consistance.

L'appétit a toujours été conservé. Cependant la santé générale est devenue moins satisfaisante; la malade a pâli, et il est survenu un état anémique assez prononcé.

Un médecin consulté par cette femme, que cette douleur continuelle à l'anus empêchait de vaquer à son travail, a cru avoir affaire à une tumeur hémorrhoïdale, et s'est contenté de combattre la constipation par des purgatifs. C'est là toute la médication qui avait été employée jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Je la soumis alors à un examen attentif, et après avoir recueilli les renseignements précédents, voici ce que je constatai :

A l'extérieur de l'anus rien d'anormal. Un doigt introduit dans le rectum constatait une tumeur mobile et la contournait en tous sens.

En engageant la malade à faire un effort, on voyait sortir cette tumeur, qui n'était retenue que par un pédicule peu volumineux et ayant environ 2 centimètres de long. La surface du polype était rugueuse, rouge et saignante; sa consistance était molle.

Le volume de la tumeur était celui d'un petit œuf de poule. Le pédicule s'insérait à la paroi postérieure du rectum, à une hauteur de 3 centimètres environ.

Une seule indication se présentait : enlever ce polype, et c'est ce que je fis. Pour me mettre à l'abri de l'hémorrhagie, je me servis de l'écraseur linéaire. L'opération n'offrit aucune difficulté, et il s'écoula à peine deux ou trois gouttes de sang.

Aujourd'hui, 28 septembre, la guérison est complète. La défécation est facile; il ne s'écoule plus de sang. L'état général s'est même déjà beaucoup amélioré.

Voici le résultat de l'examen anatomique de la tumeur, fait par M. Verneuil :

La tumeur pédiculée par la ligature est du volume d'une grosse noix. Elle se compose de deux lobes à peu près égaux, qui peuvent eux-mêmes se décomposer en plusieurs lobules plus petits. Des scissures plus ou moins profondes séparent les unes des autres ces parties de la tumeur, qui, à l'extérieur, offre, moins la dureté, l'apparence de certains condylomes en chou-fleur. La masse morbide est du reste as-

sez molle, friable sous la pression, très-vasculaire. Sa surface est mamelonnée, et laisse distinguer à l'œil nu des saillies arrondies, hémisphériques, papilliformes, d'un tiers de millimètre à un millimètre et plus de diamètre.

Une coupe perpendiculaire offre l'aspect d'un pédicule central rameux, dont les branches divergentes, naissant l'une de l'autre à angle aigu, se terminent par un bouquet de granulations sessiles plus ou moins volumineuses. On ne saurait mieux comparer la figure de cette coupe qu'à celle qu'offre une section pratiquée dans le cervelet, parallèlement à l'axe des pédoncules moyens. En effet, la partie centrale de la tumeur est de nature cellulo-fibreuse, pâle et blanchâtre ; tandis que les granulations, riches en rameaux capillaires, sont assez fortement colorées. Çà et là, près de la périphérie, on trouve des amas solides, jaunâtres, qui tranchent par leur couleur sur les tissus ambiants.

Déjà l'œil nu révélait ici les caractères évidents d'une tumeur papillaire. C'est ce que l'examen microscopique a complétement vérifié. Les granulations visibles à la surface, et qui constituent la plus grande partie de la production morbide, ne sont autres que des papilles ou des groupes de papilles munies d'un réseau capillaire très-riche, dont toutes les anses regardent la surface libre de la tumeur par leur convexité. Le centre de ces papilles a perdu sa trame celluleuse, et les vaisseaux paraissent partout plongés à la même masse épithéliale. On retrouve cependant du tissu conjonctif assez abondant et des vaisseaux plus gros et rectilignes dans l'épaisseur du pédicule.

Le raclage, exercé à la surface de la tumeur ou de la coupe, fournit un suc épais, formé de débris plus ou moins volumineux et entièrement composés d'épithélium cylindrique, tout à fait semblable à celui qui se trouve normalement dans le rectum. Les cellules sont très-prédominantes. Il existe pourtant un assez bon nombre de noyaux libres. Les amas jaunâtres sont également formés par des éléments épithéliaux. Dans les divers points de la tumeur, ceux-ci sont soit épais, soit disposés en couches ou en mosaïque. Ils n'ont point augmenté de volume et ont conservé les caractères qu'ils présentent à l'état normal.

Çà et là on retrouve quelques vestiges de glandules rectales, entourées de tissu cellulaire, et non hypertrophiées.

En résumé, il s'agit d'un épithélium papillaire en forme de polype. Les cellules n'ont pas de ressemblance avec les éléments dits cancéreux. Elles ont leur forme cylindrique, leur petit noyau ovale, granu-

leux ; point de grands nucléoles brillants. Si l'extirpation a été radicale, on peut espérer une guérison définitive.

Ce n'est pas la première fois, ajoute M. Verneuil, que je vois les polypes de la partie inférieure du rectum affecter cette forme condylomateuse particulière et présenter la structure papillaire la plus tranchée. Il y a deux ou trois ans, il eut l'occasion d'étudier en même temps deux tumeurs semblables, mais plus volumineuses encore, provenant, l'une du service de M. Denonvilliers, l'autre des salles de M. Velpeau. L'apparence ramifiée du pédicule était très-évidente. Dans l'une surtout, la partie corticale ou papillaire était noirâtre, et renfermait des cellules de cancer mélanique ; elle tranchait très-singulièrement, par sa couleur, sur la partie centrale, formée de tissu cellulaire et restée pâle.

Comme dans le cas actuel, ces tumeurs avaient été enlevées chez des sujets âgés. Dans les deux premières, l'insertion se faisait à la paroi rectale antérieure, à trois centimètres au moins au-dessus de la marge de l'anus ; le pédicule était bien formé, et le polype sans adhérences fortes aux couches sous-jacentes.

Cette forme de polype serait-elle particulière à l'âge mûr ? Il n'est pas possible de le dire ; toujours est-il que chez les enfants, où la même affection est si commune, on ne rencontre guère que des tumeurs formées par des glandules rectales, c'est-à-dire des polypes mucoso-folliculaires qui, d'abord sessiles, s'isolent et se pédiculisent, à la manière de la plupart des tumeurs bénignes qui flottent dans des cavités.

Hermaphrodisme. — M. LARREY, à l'occasion du procès-verbal, communique un exemple d'hermaphrodisme qui lui semble offrir de l'intérêt, en se rattachant à la discussion de la séance précédente, et il expose ainsi le résumé de cette observation :

L'un de nos honorables confrères, M. le docteur Ledeschault, me présenta un jour, c'était dans le courant de mars 1845, une personne ayant la mise d'une femme de la classe ouvrière, âgée de vingt et un ans, née à Paris en 1834, et inscrite aux registres de l'état civil sous les noms d'Alexandrine-Hortense M..., comme appartenant au sexe féminin, d'après la conformation anormale de ses organes génitaux.

En effet, l'état rudimentaire d'un pénis imperforé simulant le clitoris, l'absence extérieure des testicules retenus encore dans l'abdomen, la disposition bilobée du scrotum, dépourvu d'ailleurs de raphé, ayant l'apparence de la vulve, le méat urinaire situé enfin à la base du pénis,

et formant un hypospadias très-ouvert, qui semblait être l'orifice du vagin, tous ces signes expliquaient la méprise.

Mais la manifestation des organes mâles apparut vers l'âge de quinze ans, quoique d'une manière incomplète, et lorsque six ans plus tard j'examinai cet individu avec M. Ledeschault, voici dans quel état nous trouvâmes les parties :

Le pénis avait acquis le développement qu'il a d'ordinaire chez un garçon de douze à quatorze ans; le gland était imperforé, mais sa couronne bien distincte, et le prépuce se prolongeait sur les côtés, par deux replis en forme de nymphes vers les lobes du scrotum, ressemblant aux grandes lèvres.

Au milieu et en bas, on découvrait le méat urinaire, dont la membrane muqueuse se confondait avec la peau rouge et amincie de ce sillon vulviforme. Une sonde de femme introduite dans cette ouverture se dirigeait naturellement en arrière, pénétrait sans peine dans la vessie, sans dévier autre part, et donnait issue à l'urine.

L'exploration du rectum ne nous sembla pas nécessaire.

Les testicules, n'ayant pas subi leur migration, se trouvaient encore arrêtés à l'orifice des anneaux; celui de gauche était seul distinct, et celui de droite en partie atrophié par une hernie. L'issue tardive et incomplète de ces organes avait ainsi frayé passage d'un côté à une anse intestinale, d'ailleurs facilement réductible. J'essayai, d'après cette disposition, de faire descendre les testicules dans le scrotum, et j'y parvins plus vite que nous ne pouvions le supposer. Il ne s'agissait plus que d'appliquer un bandage bien fait, non-seulement pour fixer ces organes en place, mais aussi pour maintenir la hernie réduite.

Quant à la conformation générale du sujet, c'était tout à fait celle de l'homme. Le bassin peu évasé, la poitrine large, les seins non développés, la barbe apparente et la voix grave. Ses goûts et ses penchants dénotaient aussi un éloignement instinctif pour les occupations des filles, et de l'entraînement pour les jeux et les exercices des garçons, mais sans propension sexuelle reconnue ou appréciable.

L'ensemble de tous ces caractères ne nous laissait aucun doute sur le sexe masculin d'Hortense M...; mais la conformation anormale de ses organes génitaux externes, et particulièrement l'hypospadias, en l'obligeant à l'attitude de la femme pour uriner, l'aurait gêné beaucoup sous des habits d'homme, et devenait d'ailleurs pour le service militaire un cas prévu de réforme.

Notre éminent confrère M. J. Geoffroy Saint-Hilaire confirma cette opinion, que nous avons formulée dans une déclaration écrite par

M. Ledeschault. M. le professeur Moreau, enfin, dans une consultation spéciale, établit avec nous l'attestation nécessaire au changement à inscrire sur le registre de l'état civil.

La Société peut voir, sur un dessin aussi exact que bien fait par M. J. Sarazin, la disposition des organes, avec le refoulement des testicules dans les replis cutanés devenus les bourses.

M. Larrey ajoute quelques mots à sa communication, en rappelant des faits analogues cités par Arnaud (1) dans sa *Dissertation sur les hermaphrodites*, et d'autres rapportés par Geoffroy Saint-Hilaire. Il a eu lui-même occasion de voir quelquefois, dans les conseils de révision ou dans les hôpitaux, des jeunes gens qui présentaient certaines apparences des organes sexuels de la femme, et il est très-disposé à admettre la prédominance ordinaire du sexe mâle; mais à cet égard il croit que cette opinion ne doit pas être soutenue d'une manière trop absolue ou trop exclusive.

M. HOUEL partage l'opinion émise par M. Richard sur le véritable sexe des individus présentant des anomalies dans les organes de la génération. Son opinion est fondée sur l'examen qu'il a fait des pièces du Musée Dupuytren, dont beaucoup sont décrites par Geoffroy Saint-Hilaire. Il a toujours trouvé les organes mâles chez les hermaphrodites, même lorsqu'il rencontrait le vagin et l'utérus.

M. GIRALDÈS rappelle que la duplicité du sexe, savoir, la présence d'un testicule et d'un ovaire, a été rencontrée chez les animaux : il ne saurait dire si cette disposition rare a été trouvée chez l'homme. L'histoire rapportée par Geoffroy Saint-Hilaire d'un moine qui donna dans son couvent des preuves irrécusables qu'il était du sexe féminin lui fait mettre une certaine réserve à affirmer que tous les hermaphrodites sont mâles. Si la chose est ainsi dans la généralité des cas, elle n'est pas cependant une règle absolue. M. Giraldès a vu des pièces recueillies sur un adulte qui présentait pendant la vie les attributs de la femme parfaitement développés, et que la dissection démontra être un homme. Ce fait n'est pas le seul qu'il connaisse.

M. RICHARD, sans prendre en considération le cas observé par M. Debout, sans s'arrêter à la possibilité de la duplicité des organes qu'il admet, rappelle en quelques mots la description qu'il a déjà faite des anomalies des parties génitales externes, et qui constitue pour lui, sauf quelques irrégularités, le type de l'hermaphrodisme. Ces anomalies résultent de l'arrêt de développement de l'appareil génital externe

(1) *Mémoires de chirurgie*, t. Ier, 1768.

représentant une sorte de *coupe* diversement configurée et se terminant par la portion membraneuse de l'urèthre. Dans l'embryon humain, il est impossible à l'inspection des parties extérieures de déterminer le sexe ; chez certains animaux, chez les lapins en particulier, on ne peut, même au moment de la naissance et pendant les quelques jours qui la suivent, distinguer les mâles des femelles.

L'appareil génital interne se prête aux mêmes rapprochements anatomiques que les travaux de M. Coste sur les lois de développement permettent d'établir entre les diverses parties des organes externes des deux sexes. Le vagin peut représenter les canaux éjaculateurs ; l'ovaire, le testicule. M. Richard se propose de faire voir à la Société des planches dessinées par A. Dubois qui confirment cette manière de voir.

M. FOLLIN a disséqué un hermaphrodite, du nom d'Angélique Courtois, qui prêta pendant sa vie à de singulières erreurs. Déclaré femme tout d'abord, cet individu alla consulter A. Dubois, qui lui délivra un certificat attestant qu'il était du sexe masculin. A partir de cette époque, Angélique Courtois prit des vêtements d'homme et les garda jusqu'à sa mort ; il vécut soixante ans.

La détermination des organes internes est plus difficile à établir que celle des organes externes.

Chez Angélique Courtois se trouvait, au-dessous de la verge, un orifice donnant entrée dans un long canal représentant le vagin, à l'extrémité duquel était l'utérus très-allongé et réduit à deux lames membraneuses très-minces, ce qui explique la difficulté de rencontrer l'utérus chez de pareils sujets.

La trompe, le ligament rond, le faisceau vasculaire de Rosenmüller, commun aux deux sexes, l'ovaire existaient; mais l'ovaire était un testicule qui ne s'était pas réuni à son conduit excréteur.

M. RICHARD rappelle encore que la fusion apparente des sexes donne lieu à de tels changements dans les individus, que l'on comprend parfaitement les embarras et les erreurs qu'elle suscite, et que le développement des seins, le timbre de la voix, la menstruation même ne constituent pas des phénomènes propres à asseoir un jugement certain.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance.

La correspondance imprimée se compose des journaux de la semaine et du *Journal trimestriel de Prague* (n° 16, 1859).

La correspondance manuscrite comprend un mémoire de M. Lizé (du Mans), intitulé : *Considérations pratiques sur l'éclampsie des femmes enceintes, et notamment sur la conduite à tenir quand elle éclate au septième mois de la grossesse, alors que le col utérin n'est ni dilaté ni dilatable.*

M. LE PRÉSIDENT donne ensuite lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec ampliation d'un décret impérial dont la teneur suit :

Paris, 14 septembre 1859.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint ampliation d'un décret rendu sur ma proposition, le 29 août dernier, par lequel la Société de chirurgie de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique.

Le même décret approuve les statuts de la Société.

Je vous prie de communiquer ce décret à la Société dans la plus prochaine réunion, et de m'envoyer trois exemplaires des statuts tels qu'ils ont été adoptés.

Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée,

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Pour le ministre et par autorisation :

Le Chef de bureau, L. BELLAGUET.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES CULTES.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir salut.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Notre conseil d'Etat entendu, avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. La Société de chirurgie de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique. Ses statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés au présent décret. Aucune modification n'y pourra être introduite qu'avec l'approbation du ministre de l'instruction publique et des cultes.

Art. 2. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Saint-Sauveur, le 29 août 1859.

Signé NAPOLÉON.

Par l'Empereur,

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Signé ROULAND.

Pour ampliation :

Le directeur du personnel et du secrétariat général,

Le chef du bureau des Archives,

A. RENAULT.

M. LE PRÉSIDENT adresse à MM. Conneau et Larrey les remercîments de la Société pour le concours efficace que ces messieurs ont prêté aux démarches de la commission nommée à l'effet de poursuivre le but atteint aujourd'hui par la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. FOLLIN met sous les yeux de la Société une préparation microscopique des parois d'un kyste dermoïde du sourcil. Cette préparation fait voir, dans l'épaisseur des parois du kyste, un mélange des divers éléments du derme et des sécrétions épidermiques, épithélium, fibres entre-croisées, poils et glandes sébacées. Le kyste qui a fourni cette pièce avait été ouvert, et sa surface interne cautérisée plusieurs fois ; il avait toujours récidivé. M. Follin en a fait l'extirpation, seul moyen d'en obtenir la guérison.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente un cas exceptionnel de fistules urinaires, et une pièce de fracture de l'extrémité inférieure du radius, pièce qui lui paraît propre à expliquer la déformation du poignet.

Ces pièces exigeant une préparation soignée, qu'on n'a pas voulu achever pour les présenter d'abord intactes à la Société, la description en sera donnée ultérieurement.

— M. VERNEUIL présente la jambe d'une femme amputée au lieu d'élection, pour une fracture complète par un coup de fusil chargé à petit plomb. Le membre n'offre rien qu'on ne constate dans des cas analogues, mais M. Verneuil appelle l'attention sur ce fait que la ma-

lade, occupée à des soins domestiques dans une écurie, et frappée à bout portant au point que les plombs ont fait balle ou à peu près, n'a pas entendu, non plus que l'homme qui se trouvait à côté d'elle, la détonation de l'arme.

Cette particularité, si tant est qu'elle soit possible, ne saurait être expliquée d'une manière satisfaisante si, comme l'affirme M. Verneuil, aucune distraction n'a pu absorber l'attention de la malade.

— M. CHASSAIGNAC annonce à la Société qu'il vient d'employer le curare pour combattre un tétanos traumatique. Il donnera, dans la prochaine séance, des détails circonstanciés sur les résultats qu'il a obtenus.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 28 *septembre* 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. GIRALDÈS, à propos du procès-verbal, énumère un certain nombre de faits qui démontrent l'inexactitude d'une opinion absolue sur le véritable sexe des hermaphrodites.

Dans un cas, A. Cooper a trouvé deux ovaires à la dissection; dans un autre, MM. Bouillaud et Manec rencontrèrent un testicule et un ovaire.

Mayer (de Bonn), en disséquant un hermaphrodite, constata la présence d'un testicule bien développé, en même temps que d'un ovaire rudimentaire.

Un chirurgien de Dublin a trouvé un testicule et un organe dont il n'a pu déterminer la nature.

Enfin, Béclard a vu un hermaphrodite chez lequel le flux menstruel était régulièrement établi, mais dont l'autopsie ne fut pas faite.

M. RICHARD demande à la Société quelques jours de délai pour lui présenter, avec des dessins à l'appui, les développements de l'opinion qu'il a émise.

— M. CHASSAIGNAC annonce que le malade atteint de tétanos traumatique, qu'il traite par le *curare* avec MM. les docteurs Tahère

(de Saint-Cloud) et André (de Montmartre), a éprouvé une très-grande amélioration.

Il se propose de communiquer ce fait *in extenso* lorsque l'observation en sera complète.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de Paris pour la semaine qui vient de s'écouler ;

2° Le n° 9 de la *Gazette médicale de Strasbourg ;*

3° Le n° 1 du 3e vol. des *Procès verbaux de la Société médico-chirurgicale de Londres ;*

4° Le n° 9 de la 4e année (2e série) du *Journal de médecine de Bordeaux.*

— M. LEGOUEST communique à la Société l'histoire d'une opération de trachéotomie qu'il a faite au commencement du mois, et dont les circonstances lui paraissent dignes d'intérêt tant au point de vue du diagnostic de l'affection pour laquelle elle a été pratiquée qu'à celui de ses résultats.

Le 31 juillet, un militaire avale un os en mangeant sa première cuillerée de soupe; il est pris des accidents ordinairement observés en pareil cas, et immédiatement transporté à l'hôpital de Vincennes, où il reçoit les soins de M. le docteur Goffres. Le cathétérisme de l'œsophage ne fait pas reconnaître la présence d'un corps étranger dans ce conduit; néanmoins les accidents se calment, et le malade sort de l'hôpital quinze jours après son entrée. Il conservait encore, à son dire, une gêne assez grande dans la déglutition et la respiration; d'après une lettre de M. Goffres, il était au contraire parfaitement rétabli.

Le 30 août, il entre dans les salles de chirurgie du Val-de-Grâce; son billet portait pour diagnostic : Ulcération du larynx consécutive à la présence d'un corps étranger dans l'œsophage.

Ce jeune militaire est pâle et amaigri; il respire avec effort, et ne peut avaler que des aliments liquides; sa voix est faible et rauque. Il accuse à gauche du cou, à la hauteur du cartilage thyroïde, une douleur fixe depuis quelques jours, mais qui s'est quelquefois déplacée. Il crache quelques mucosités mêlées de pus et striées de sang.

Le cathétérisme du pharynx et de l'œsophage est facile et ne révèle la présence d'aucun corps étranger.

Du 2 au 6 septembre, la difficulté de respirer devient plus grande,

et la douleur, qui a pris un caractère très-aigu, siége à la partie médiane antérieure du larynx.

Dans la nuit du 6 au 7, le malade éprouve trois accès de suffocation entre lesquels le calme renaît.

Le 7, à la visite du matin, il est pris d'un nouvel accès qui menace de l'enlever.

M. Legouest pensa tout d'abord à pratiquer l'œsophagotomie; mais considérant que les sondes, les boules et les éponges passaient facilement dans l'œsophage; que la douleur vive ressentie par le malade s'était fixée depuis la veille sur la partie antérieure du larynx; que les accès de suffocation étaient intermittents, comme ceux que provoquent les corps étrangers tombés dans la trachée, il crut, après avoir pris l'avis de ses collègues, devoir pratiquer la trachéotomie.

L'opération restitua au malade la liberté de la respiration; une canule fut mise en place, et quatre jours après le calme était revenu et le malade se trouvait dans un état satisfaisant.

Mais il ne pouvait encore avaler que des aliments liquides, et lorsqu'on enlevait la canule, il était de nouveau menacé de suffocation.

Le 15, à la visite du matin, M. Legouest, en examinant le malade, fut frappé de la roideur du cou, qui ne pouvait être renversé en arrière sans douleur. Il pratiqua de nouveau, en présence de ses élèves, le cathétérisme du larynx et de l'œsophage.

Le larynx fut trouvé parfaitement libre de bas en haut, aussi bien que de haut en bas. — L'introduction d'une éponge dans l'œsophage fut plus difficile que dans les explorations précédentes. En retirant l'éponge pour la seconde fois, M. Legouest sentit qu'il frottait avec elle sur un corps dur et rugueux, qu'il crut un instant amener complétement au dehors; mais il ne ramena que l'éponge.

Le malade, un peu fatigué, fut remis au lit; à peine était-il couché, qu'il cracha, après une énergique contraction du pharynx, un os, que M. Legouest met sous les yeux de la Société.

C'est un fragment qui paraît appartenir à la cavité tympanique de quelque quadrupède; il est creux, très-irrégulier, et présente des aspérités nombreuses et très-aiguës; sa longueur est de 25 millimètres; sa plus grande largeur de 14 millimètres; l'une de ses extrémités est très-acérée.

M. Legouest attribue l'insuccès, plusieurs fois répété, des explorations de l'œsophage, à la précaution prise d'enduire les éponges avec du blanc d'œuf. Cette substance rend si facile le glissement des éponges, qu'elle leur permet de passer sur les corps étrangers sans être

arrêtées. Aussi conseille-t-il de ne se servir, comme il l'a fait en dernier lieu, que d'éponges imbibées d'eau.

Depuis que le malade est débarrassé de son corps étranger, il avale avec facilité toute espèce d'aliments, mais il ne peut respirer sans canule. On lui a mis une canule à soupape, afin d'obliger l'air expiré de passer par les voies naturelles; mais cette canule fonctionne mal, et M. Legouest se propose de la remplacer par une autre, analogue à celle qu'emploient quelquefois les vétérinaires, et composée de deux valves coudées, qui, introduites successivement dans la trachée, n'en tapissent que la paroi antérieure en restant simples, tandis qu'elles forment un cylindre complet dans le trajet de la plaie.

M. HOUEL pense que M. Legouest aura beaucoup de peine à rétablir la respiration par les voies normales. Il attribue la difficulté qu'on éprouve presque toujours en pareil cas à l'influence qu'exerce sur le larynx le contact prolongé du corps étranger, dont la présence provoque la nécrose des cartilages, ainsi qu'on en a cité des exemples.

M. CHASSAIGNAC insiste sur la valeur du signe donné par M. Legouest, comme révélant la présence du corps étranger, à savoir : la difficulté de renverser le cou en arrière sans douleur.

C'est à ce signe que chez un malade hémiplégique, qui ne pouvait donner aucun renseignement sur son état, et qui avait avalé son ratelier, il a reconnu la présence du corps étranger dans le pharynx.

Selon M. Chassaignac, l'obstacle qui s'oppose à l'extraction de la canule ne réside pas toujours dans l'altération des cartilages, car cet obstacle a été rencontré alors que les parties constituantes du larynx étaient parfaitement saines.

M. MOREL-LAVALLÉE est d'avis que la cause de l'impossibilité de retirer la canule est due à un rétrécissement du larynx provoqué par l'inaction de cet organe; aussi pense-t-il que l'emploi d'une canule à soupape est parfaitement rationnel, à la condition que l'ouverture destinée au passage de l'air expiré soit portée très en arrière sur la canule, afin d'empêcher que les bourgeons vasculaires de la plaie ne viennent l'obturer.

M. Morel a fait construire des canules sur le modèle qu'il indique, en y ajoutant un perfectionnement qui consiste à rendre mobile par une articulation la partie immergée de la canule, afin d'éviter que son extrémité inférieure ne froisse les parois de la trachée et ne provoque des douleurs.

M. VELPEAU, dans un voyage qu'il vient de faire à Vienne, a vu

un jeune médecin qui depuis longtemps garde en place une canule dans la trachée et ne peut s'en séparer. Il a constaté que l'obstacle à l'extraction de la canule consiste dans le développement à l'intérieur, et à la partie supérieure de la plaie faite à la trachée, d'une espèce de polype ou de membrane qui, en formant valvule, s'oppose au libre passage de l'air.

M. LEGOUEST, sans prétendre que l'altération des cartilages n'entre jamais pour rien dans la difficulté du rétablissement de la respiration par les voies normales, ne saurait l'admettre dans le cas présent, attendu que la veille de l'opération le malade respirait et parlait encore, tout en ayant la voix faible et rauque, et qu'après trois jours seulement de présence de la canule dans la trachée il ne pouvait plus ni respirer ni émettre des sons.

La disposition signalée par M. Velpeau chez notre jeune confrère de Vienne se retrouve en partie chez le malade de M. Legouest; les bords de la plaie sont composés de bourgeons mous, pâles et très-mobiles que l'air fait flotter et attire pendant l'inspiration dans le trajet de la plaie qu'ils obturent en partie.

M. DEGUISE partage l'opinion de M. Houel. Il a fait un assez grand nombre d'autopsies d'aliénés qui, après l'introduction de corps étrangers dans le pharynx, étaient atteints de lésions de l'arbre aérien consistant en ulcérations de la trachée ou nécrose des cartilages. M. Deguise a vu, entre autres corps étrangers arrêtés dans la première portion du canal alimentaire, un anneau disposé de façon que les sondes le traversaient facilement sans révéler sa présence, qui ne fut même pas soupçonnée pendant la vie. L'anneau fut trouvé à l'autopsie : il avait provoqué des ulcérations de la trachée.

M. VERNEUIL a essayé plusieurs fois d'enlever une canule chez une infirmière de l'hôpital Beaujon, sur laquelle plusieurs chirurgiens ont fait la même tentative sans succès. Pendant une heure environ la malade respire assez bien; mais il se produit peu à peu un resserrement des bords de la plaie, qui se manifeste bientôt sous forme de spasmes très-énergiques, en même temps que la paroi postérieure de la trachée se rapproche de l'ouverture antérieure : la malade est alors en proie à la plus vive anxiété, suffoque, et succomberait asphyxiée si on ne se hâtait de remettre la canule en place.

M. CHASSAIGNAC signale comme cause d'impossibilité de retirer la canule la destruction du cartilage thyroïde, dont la circonférence résistante est remplacée par une paroi musculo-membraneuse mobile,

qui ne laisse plus à la trachée un calibre suffisant pour le passage d'une assez grande quantité d'air.

M. RICHET fait remarquer que les faits décrits par M. Verneuil, qui du reste n'a pas prétendu les donner comme nouveaux, ont déjà été décrits par lui à l'occasion d'une malade de Saint-Louis, chez laquelle il les a observés. A l'époque où il en a donné connaissance, il les a attribués à la contraction des fibres musculaires de la paroi postérieure de la trachée, au rétrécissement du calibre de ce canal, et à l'occlusion de la plaie par le rapprochement de la paroi postérieure de la trachée.

M. Richet a constaté de nouveau ces phénomènes chez un enfant que M. Guersant a vu en consultation, qui conserve une canule depuis cinq ans. Il avait proposé d'introduire par la plaie, pour repousser la paroi postérieure de la trachée, un croissant analogue à celui dont se servait Dupuytren pour repousser l'*éperon* dans les anus anormaux; mais l'usage de cet instrument n'a pu être continué, et on a été obligé de revenir à la canule.

M. MOREL-LAVALLÉE, sans nier la cause d'impossibilité de retirer la canule signalée par MM. Verneuil et Richet, pense qu'elle n'est pas la plus commune, et persiste à croire qu'elle réside dans le rétrécissement du larynx, qui, tout en permettant un cathétérisme facile, n'a pas besoin d'être considérable pour entraver le jeu normal de la respiration, et surtout dans l'engorgement chronique du tissu sous muqueux.

M. RICHET n'a pas voulu dire qu'un cathétérisme facile impliquât la possibilité de respirer; il n'a fait que rappeler les phénomènes de physiologie pathologique observés par lui dans la section complète ou incomplète de la trachée-artère.

LECTURE.

M. PERRIN, professeur agrégé au Val-de Grâce, lit un mémoire sur une variété non décrite de fistules pulmonaires cutanées. (Commissaires : MM. Larrey, Follin et Verneuil.)

— M. CHASSAIGNAC présente, au nom de M. le docteur Lucomski, un mémoire intitulé : *Du traitement de la syphilis par la vaccination, c'est-à-dire par l'inoculation du virus-vaccin.* (Commiss. : MM. Cullerier, Follin et A. Guérin.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. BOINET présente un kyste pileux et osseux de l'ovaire droit que M. le docteur Mesnet a trouvé chez une jeune fille de dix-huit ans,

morte dans son service à l'hôpital de la Pitié. Les renseignements recueillis sur cette jeune fille sont malheureusement très-incomplets, et n'ont pas toute l'exactitude qu'on désirerait. Si on doit l'en croire, elle aurait éprouvé, dès l'âge de sept à huit ans, un commencement de tuméfaction dans la fosse iliaque droite ; puis peu à peu son ventre, qui la faisait toujours souffrir, aurait pris un développement plus considérable, et tel qu'il y a six ans on a été forcé de lui faire une ponction, qui a donné issue à douze ou quinze litres d'un liquide jaunâtre ; puis, il y a trois mois, on aurait été obligé de revenir à une seconde ponction.

Suivant le dire d'une infirmière qui aurait reconnu cette malade, la première ponction aurait été suivie d'une injection iodée, et un an après aurait eu lieu un accouchement. Le col de l'utérus et l'examen des parties génitales ne démentent pas ce fait, mais ne le confirment pas ; quoi qu'il en soit, la santé de cette malade a toujours été mauvaise, et, il y a huit jours seulement, elle est entrée dans le service de M. Mesnet dans un état déplorable, et offrant tous les symptômes de la fièvre hectique.

L'autopsie n'a pas montré la moindre trace de péritonite, ce qui indique que le liquide retiré lors des ponctions provenait d'un kyste de l'ovaire et non du péritoine ; dans l'ovaire droit, on a trouvé un kyste assez volumineux, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, adhérant dans presque toute son étendue aux parties environnantes et à parois épaisses.

Il renferme :

1° Un peloton, gros comme les deux poings, de cheveux ou poils rouges et blonds enchevêtrés, non adhérent aux parois du kyste ; une boucle de ces cheveux, formant un anneau, est enroulée autour d'une bride à laquelle elle n'adhère pas.

2° Au-dessous de ces cheveux on remarque un os volumineux, aplati, et sans forme bien déterminée. Cet os, qui est presque aussi large que la paume de la main, ressemble par son extrémité supérieure à un omoplate, et par son extrémité inférieure, qui est divisée en trois branches osseuses très-aiguës, aux apophyses du maxillaire inférieur. Cette production osseuse est placée dans l'épaisseur de la paroi profonde du kyste, à laquelle elle adhère d'une manière très-intime, et est recouverte de toutes parts par un tissu dur, fibreux, comme cartilagineux.

3° Le kyste de l'ovaire contenait une grande quantité de poils blonds,

au milieu d'un liquide de couleur jaune, gras au toucher, de consistance de boue claire.

Un grand nombre de grumeaux de matière jaunâtre étaient disséminés dans la masse du liquide. Leur odeur, ainsi que celle du liquide, était repoussante, et rappelait l'odeur de matières animales en putréfaction.

Le liquide, essayé au papier rouge de tournesol, faisait passer la couleur au bleu ; une baguette trempée dans l'acide chlorhydrique faisait apparaître, quand on l'approchait du liquide, des fumées blanchâtres de chlorhydrate d'ammoniaque. Le liquide était donc alcalin, et contenait un sel d'ammoniaque, le carbonate d'ammoniaque.

De l'acide nitrique versé dans ce liquide y occasionnait un précipité blanc d'albumine. Une petite quantité de la matière filamenteuse prise avec une pince à pansement, et agitée avec une grande quantité d'eau, laissait un chevelu composé de poils très-blonds ; l'eau devenait laiteuse, et après quelques moments de repos sa surface était recouverte de grumeaux jaunâtres.

Ces grumeaux sont insolubles dans l'eau, l'alcool et l'éther ; traités par l'acide nitrique, ils se dissolvent dans cet acide. Si on les dissout dans l'acide nitrique et qu'on les chauffe, la liqueur se colore en rouge.

10 grammes environ de cette matière (contenant les poils, le liquide et les grumeaux), traités par l'éther, donnent un précipité blanc. Si l'on décante l'éther dans une capsule et qu'on laisse évaporer, on obtient une grande quantité de matière grasse, huileuse, puis de la cholestérine remarquable par ses lames cristallines. Le reste est composé des poils et du précipité qui n'est que les grumeaux qui présentent les mêmes caractères énoncés plus haut.

En résumé, le kyste contenait :

1° Des poils ;

2° Un liquide contenant de l'albumine ;

3° Des grumeaux d'albumine concrétée :

4° Une grande quantité de matière grasse, huileuse, et de la cholestérine.

Les renseignements fournis sur ce fait, très-intéressant d'ailleurs au point de vue des produits renfermés dans le kyste, sont malheureusement trop incertains pour qu'on puisse en tirer une conclusion rigoureuse. Si, en effet, on avait eu la certitude que cette tumeur de l'ovaire a commencé à se développer dès l'âge de sept ou huit ans, que cette fille n'a pas eu de rapports sexuels, ce fait aurait pu servir à soulever le voile qui couvre l'origine de ces produits, et venir en aide à ceux

qui pensent, avec Blumenbach, Lebert, etc., qu'ils peuvent se produire sans rapprochements sexuels, en vertu d'une force plastique, d'un *nivus formativus*, qui pourrait donner naissance à ces corps sans copulation antérieure.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 5 *octobre* 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Avant la lecture du procès-verbal, M. HUGUIER met sous les yeux de la Société un petit enfant de cinq semaines, qui est né avec un *spina-bifida*. La tumeur, située à la partie inférieure de la région lombaire, est hémisphérique et a le volume de la moitié d'une petite orange. Quoique non ulcérée, elle est rouge à la surface et offre une consistance un peu molle. D'ailleurs l'état général de l'enfant est assez bon. M. Huguier consulte ses collègues sur l'opportunité d'une opération.

M. BOINET pense qu'il n'y a rien à tenter. Le trou qui fait communiquer la tumeur avec la cavité rachidienne est trop considérable. Une inflammation des méninges ne tarderait pas à se déclarer, et la mort en serait promptement la conséquence. Il fait remarquer en outre que l'enfant va bien, qu'il se développe régulièrement, et qu'il convient dans tous les cas de remettre à plus tard toute intervention chirurgicale.

M. GUERSANT a essayé diverses opérations dans 15 ou 18 cas de ce genre, et il n'a pas eu à s'en louer. La suture, l'excision, la ligature, etc., ont entraîné rapidement la mort. Les ponctions et la compression n'ont pas eu un résultat aussi fâcheux, mais n'ont pas empêché les petits malades de succomber ultérieurement. Il n'a jamais employé les injections iodées.

M. VELPEAU déclare qu'il a opéré un certain nombre d'enfants atteints d'hydrorachis, et toujours sans succès quand il a eu recours à des opérations sanglantes. Dans trois cas il a pratiqué la ponction et l'injection iodée. Deux de ces malades ont succombé, mais longtemps après. Sur l'un d'eux l'injection a été renouvelée trois fois dans l'espace de trois semaines, et jamais la présence de l'iode n'a produit la moindre trace d'inflammation.

Le troisième enfant a guéri et vit encore aujourd'hui ; M. Velpeau a eu occasion de le voir il y a cinq ou six mois. Il a environ six ans maintenant, et il était âgé de onze mois lorsqu'il fut opéré. Cinq ou six injections furent successivement pratiquées. Après la première, la peau qui recouvrait la tumeur, et qui était déjà rouge et presque ulcérée, devint plus ferme et moins irritée ; puis survint une diminution notable dans le volume, qui égalait seulement celui d'une noix lorsque le malade cessa d'être vu.

Pour ce qui est de l'enfant présenté par M. Huguier, M. Velpeau, le trouvant en assez bon état, conseille la temporisation. Pour son compte, il se bornerait quant à présent à l'usage des astringents localement appliqués.

M. GUERSANT ayant demandé quelle espèce de teinture avait été employée dans le cas suivi de succès, M. Velpeau répond qu'avant d'en venir à la teinture pure, il l'avait d'abord étendue avec deux tiers, puis avec moitié d'eau.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Il est adopté après deux rectifications demandées par MM. Guersant et Morel.

M. LE PRÉSIDENT ayant annoncé que M. Lenoir était sérieusement malade depuis quelques jours, la Société décide que le bureau se rendra chez notre collègue au sortir de la séance pour lui témoigner tout l'intérêt qu'elle lui porte.

M. CHASSAIGNAC demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Un nouvel incident est survenu dans l'état du malade sur lequel la ligature de la carotide a été pratiquée. Pendant la nuit du pus s'est échappé en abondance par la plaie, et à partir de ce moment la tumeur pharyngienne s'est très-notablement affaissée. Ce fait démontre, pour notre collègue, qu'il s'agissait bien d'un phlegmon dès l'origine.

M. Chassaignac entretient ensuite la Société d'un autre malade atteint de tétanos traumatique, et qui aurait été guéri par le curare. Cette observation devant être plus tard publiée *in extenso,* nous nous contenterons d'en faire connaître les points principaux, qui ont servi de texte à une discussion au sein de la Société.

Le jour de l'ouverture de la chasse, un homme âgé de vingt-quatre ans fut blessé par son propre fusil qu'il portait le canon dirigé en bas, et dont un accident fit partir le coup. Le deuxième orteil fut enlevé en totalité, et de plus quelques plaies furent produites sur le premier et le troisième.

Le malade resta couché pendant les treize premiers jours, et on se contenta d'un pansement simple.

Le quatorzième jour, il fut transporté de Poissy à son domicile, à Montmartre.

Le quinzième jour, la plaie était devenue très-douloureuse, et déjà de vives douleurs étaient accusées dans les régions temporo-maxillaires et surtout du côté droit.

Le dix-septième jour, le tétanos était confirmé. Jusqu'au dix-neuvième jour, époque où M. Chassaignac fut appelé, le malade reçut les soins de MM. Taër et André. On eut successivement recours au chloroforme, au baume Tranquille, à l'opium, au musc, etc.; mais la maladie fit de continuels progrès, et l'état était des plus graves lorsque notre collègue intervint. Il constata un trismus des plus prononcés. Les muscles orbiculaires des paupières étaient fortement contracturés; il en était de même des muscles du cou et de la poitrine, qui étaient durs et tendus. La déglutition et la respiration étaient presque impossibles. Il y avait un refroidissement général et une teinte asphyxique pâle. La mort parut imminente.

Déjà la veille on avait songé au curare, mais il avait été impossible de s'en procurer. M. Chassaignac, reprenant cette idée, en fit demander à la pharmacie de M. Mialhe. Un julep de 125 grammes, renfermant 10 centigrammes de cette substance, fut préparé, et on en donna une cuillerée toutes les deux heures. En même temps on employait localement sur la plaie des compresses imbibées d'une solution aqueuse renfermant 20 centigrammes de la même substance. Au bout de huit heures, une amélioration notable survint, la respiration devint plus facile.

Le lendemain, l'état est encore plus satisfaisant, la peau est chaude et couverte de sueur; la rigidité des muscles n'a pas disparu cependant. Le jour suivant, l'amélioration a encore fait des progrès; il y a eu du sommeil. Toutefois, le trismus et la rigidité des autres muscles continuent. Le curare a été administré pendant tout ce temps à l'extérieur et à l'intérieur. Pour la potion, la dose a été portée progressivement jusqu'à 25 centigr., et pour la solution jusqu'à 40 centigr.

— Une discussion s'engage à la suite de cette communication.

M. LARREY fait observer que le fait qui vient d'être relaté pourrait soulever de nombreuses observations. Pour le moment, il se bornera à adresser seulement deux questions : Le tétanos était-il bien réellement généralisé ? Y avait-il surtout opisthotonos? Cela est important à savoir, car on n'ignore pas que c'est surtout dans cette forme qu'il y a une

gêne extrême de la respiration. Le trismus, quand il existe seul, guérit dans quelques cas. Quand la maladie est généralisée, le pronostic est des plus graves. D'un autre côté, il importe de savoir si le curare dont on s'est servi était réellement irréprochable. Avait-on eu soin de l'expérimenter préalablement sur des animaux ?

M. CHASSAIGNAC répond à la première question par la lecture d'un passage de l'observation qui établit que le tétanos était bien généralisé.

Quant à la qualité du curare, il s'en est rapporté au savoir bien connu et à l'honorabilité de MM. Mialhe et Grassi, qui l'ont fourni.

M. LARREY observe qu'il n'a pas entendu suspecter la qualité de la substance employée; mais il pense que, dans des cas pareils, on ne saurait s'entourer de trop de précautions, et il eût été bien de l'expérimenter à l'avance. Il reconnaît d'ailleurs que dans le cas soumis à la Société il y avait généralisation de la maladie avec emprosthotonos.

M. LEGOUEST ne saurait contester l'action du curare dans ce cas; elle lui paraît très-évidente. Mais pourquoi l'a-t-on administré par la bouche? Des expériences ont démontré qu'on pouvait l'introduire impunément dans l'estomac des chiens, mais qu'il suffisait d'inoculer une goutte de leur suc gastrique mélangé à cette substance pour tuer des oiseaux.

D'un autre côté, sait-on quelle quantité de curare a été absorbée par la plaie? Dans quel état se trouvait cette dernière? Suppurait-elle? Quelle était son étendue?

M. CHASSAIGNAC. Quoique j'eusse lu les observations de MM. Vella et Manec, j'avoue que quand je me suis trouvé en présence de mon malade je n'étais pas très-préparé à l'administration du curare. J'ai dit les quantités qui avaient été mises dans la potion et la solution, mais j'ignore celle qui a été absorbée.

Quant à la plaie, elle a été bien décrite dans l'observation. Elle était irrégulière, à bords relevés, et avait bien l'étendue de deux pièces de 5 francs en argent.

M. VERNEUIL pense qu'il faut mettre de côté la portion de curare introduite dans l'estomac, l'intestin n'absorbant en aucune façon cette substance. Il n'en est pas de même des plaies, qui absorbent plus ou moins, selon des circonstances très-diverses. Les inoculations faites sur des chiens ne peuvent en rien leur être comparées.

Toutes ces questions ont été bien étudiées par M. Vulpian. Quand on voudra sérieusement essayer sur l'homme, il n'y a qu'une manière de faire, c'est d'injecter une solution de curare dans le tissu cellulaire.

Mais, demande M. Verneuil, le cas rapporté par M. Chassaignac est-il un exemple de tétanos aigu et très-grave? Il ne le croit ni pour celui-là ni pour celui communiqué par M. Vella. Chez le malade de M. Chassaignac, le tétanos dure déjà depuis seize jours, et n'est pas encore guéri. Je le considère, ajoute-t-il, comme un exemple de tétanos chronique, et on sait que ces cas sont curables.

Voici ce que j'ai observé il y a quelque temps. Après avoir pratiqué l'extirpation de l'œil sur une dame, je vis apparaître au bout de huit jours des douleurs très-violentes à la tête. Puis survint du trismus avec grincement des dents, se reproduisant surtout la nuit et sous forme d'accès. Le muscle orbiculaire des lèvres était lui-même envahi et devenait d'une dureté extrême. M. Legroux, qui fut appelé auprès de la malade, employa sans résultat avantageux la morphine et la belladone. Au bout de six jours, on eut recours aux inhalations de chloroforme. Dès les premières tentatives, on put constater une certaine amélioration, qui fit des progrès les trois jours suivants, pendant lesquels on continua le même moyen.

Sur ces entrefaites, la malade partit pour le Havre. Quinze jours après, le médecin qui fut chargé de lui donner des soins m'écrivit pour me dire que la guérison ne marchait plus, et que les choses étaient à peu près comme au moment où la malade avait quitté Paris.

J'ai appris depuis que, sept semaines après le début de la maladie, la guérison était devenue complète, sans l'emploi d'aucun autre moyen extraordinaire.

On trouve dans le journal le *Progrès*, pour l'année 1828, un cas analogue également observé à la suite de l'extirpation d'un œil.

Dance a aussi signalé des cas singuliers de contractures musculaires.

M. VERNEUIL pense qu'il y a un vrai et un faux tétanos. Le premier comporte deux variétés : le tétanos aigu et le tétanos primitivement chronique.

M. BOINET déclare tenir de M. le Dr Taër que le malade dont a parlé M. Chassaignac était atteint de tétanos chronique avec des intermittences. Il pense, en outre, qu'il est impossible de savoir la quantité de curare absorbée par le malade, la plus grande partie ayant dû se perdre dans les pièces du pansement. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le curare employé n'avait pas été préalablement essayé, et qu'il est extrêmement difficile pour tout le monde d'en avoir qui soit de bonne qualité.

M. CHASSAIGNAC ne comprend pas comment on peut voir dans le

cas qu'il a rapporté un exemple de tétanos chronique. Le diagnostic d'une pareille maladie n'est pas difficile, et un praticien un peu expérimenté ne saurait se tromper. Les contractures ne sont survenues que tardivement.

Quant au chloroforme, il a eu occasion de le donner dans deux autres cas, et toujours sans succès. M. Taër a cru à l'existence d'un tétanos aigu. L'état de la plaie a été bien indiqué ; elle était en pleine suppuration, et nullement en voie de cicatrisation. C'est une chose grave que de dire que M. Mialhe n'est pas sûr de son curare ; quand M. Chassaignac tient un médicament d'un pharmacien aussi instruit et aussi honorable, il ne se croit pas le droit de suspecter sa qualité.

M. BOINET fait observer que ce n'est pas à l'aide d'une analyse chimique qu'on peut juger de la qualité du curare, mais bien à l'aide d'expériences sur les animaux ; or M. Mialhe n'en a pas fait.

M. LEGOUEST. Personne ne connaît la composition du curare, et d'ailleurs cette composition doit être extrêmement variable.

M. FORGET pense qu'on s'occupe beaucoup trop de la composition de cet agent : la question n'est pas là. Le malade de M. Chassaignac en a-t-il absorbé ? Voilà ce qui intéresse. Pour lui, cette absorption n'a pu avoir lieu ni par la plaie ni par l'estomac ; s'il en avait été autrement, on aurait eu à observer d'autres accidents qui ne se sont pas produits.

M. CHASSAIGNAC répond que M. Forget va beaucoup trop loin quand il affirme que la plaie n'a pu absorber. Quant à lui, sans entrer dans des explications, il se contente du fait. Une grande amélioration s'est produite après les pansements avec la solution de curare, et il a cru que cela était important à signaler.

M. GOSSELIN croit devoir faire remarquer que l'absorption des médicaments par la surface des plaies est mieux connue qu'on ne semble le croire : M. Bonnet (de Lyon) s'est livré à une série d'expériences à ce sujet. Son attention s'est surtout fixée sur l'iodure de potassium, et il a constaté qu'il y avait absorption de ce médicament jusqu'à la cicatrisation complète des plaies.

Lui-même, en 1855, a répété un grand nombre de fois les mêmes expériences, et il a obtenu des résultats identiques. L'iode a été retrouvé dans l'urine et la salive jusqu'à l'époque de la formation de la pellicule cicatricielle.

J'en conclus, ajoute M. Gosselin, que la plaie du malade de M. Chassaignac a dû absorber du curare ; mais j'ignore si cette substance a été

absorbée en nature ou après avoir subi quelque décomposition. Quant à la portion de curare introduite dans l'estomac, je suis très-disposé à croire qu'elle n'a pas été aussi inerte qu'on a bien voulu le dire, et qu'elle a pu exercer une action.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance.

La Société a reçu le programme de l'École de médecine et d'histoire naturelle qui vient d'être fondée à Saint-Louis (Missouri), sous le nom de *Humboldt-Institut*. M. Hammer, membre correspondant de la Société, est doyen de cette école.

— M. C. Von Hübbenet adresse un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis*. Leipzig, 1859, grand in-8°, avec 5 planches coloriées. (L'observation et l'expérimentation en syphilis.)

— *Lettre à M. le barron Larrey* (sur la chirurgie conservatrice à l'armée d'Italie), par M. le docteur Navarre. Milan, 1859, in-8°.

— M. LARREY offre à la Société, de la part des auteurs, le *Précis d'histologie humaine*, par M. C. Morel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, avec dessins d'après nature par M. A. Villemin, médecin aide-major. Strasbourg, 1860, in-8°.

— M. Clément Ollivier, fondateur des *Annales de pathologie génésique*, adresse à la Société les deux premiers numéros de son journal.

— M. Lukomski, auteur du travail présenté dans la dernière séance par M. Chassaignac (*Du traitement de la syphilis par l'inoculation du virus-vaccin*), écrit à la Société pour prier la commission chargée de l'examen de ce travail de ne pas se prononcer avant d'avoir fait elle-même des essais qui sont tout à fait sans danger.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part d'une lettre qu'il a reçue de M. Tilanus, secrétaire général de la Société de médecine et de chirurgie d'Amsterdam. Cette Société, qui échange ses publications avec celles de la Société de chirurgie, a bien voulu joindre à l'envoi de ses propres travaux un exemplaire complet de la collection des travaux de l'ancienne *Société de chirurgie* d'Amsterdam (1790-1838). Cette collection précieuse, aujourd'hui fort rare, se compose de 27 volumes.

LECTURE.

Trichiasis et entropion. — M. LARREY donne lecture, au nom de M. le docteur Clot-Bey, d'un travail sur le trichiasis et l'entropion.

En voici le résumé :

L'auteur se propose, dans cette note, d'appeler l'attention sur certaines formes de trichiasis et d'entropion difficiles à reconnaître et méconnues même par des médecins illustres et des spécialistes en renom. Ni la persistance du mal pendant plusieurs années, ni les désordres graves survenus du côté du globe de l'œil, ni la perte de l'organe, n'ont suffi, dans plusieurs cas de ce genre, pour conduire le chirurgien à la véritable cause d'accidents attribués, en désespoir de cause, à la présence de quelque vice constitutionnel.

Il est donc très-important d'appeler, en mentionnant des faits, l'attention des praticiens sur ce point de diagnostic des maladies oculaires; car c'est évidemment faute d'attention que des méprises graves de ce genre ont été commises. La principale source d'erreur tient à ce que les cils déviés sont en petit nombre, ténus et d'une teinte pâle; à ce qu'ils sont dissimulés par des mucosités épaisses, d'où la nécessité, préalablement à tout examen, de laver les paupières et le globe de l'œil; à ce qu'enfin il existe plusieurs rangées de cils ou de poils implantés concurremment sur quelques points de la conjonctive ou de la caroncule.

L'auteur a été à même de constater des faits de ce genre. En outre, dans quelques cas rares, le trichiasis est marqué par une affection plus apparente, l'entropion, qui attire seule l'attention. Dans ces cas complexes, il faut toujours commencer par traiter l'entropion. Telle est, en effet, la pratique de M. Clot-Bey. Parmi les procédés connus pour pratiquer cette opération, qui tous ont été expérimentés comparativement, celui qui a réussi le mieux est l'excision des téguments de la paupière ; mais il faut avoir grand soin, pour obtenir le renversement du tarse, de pratiquer l'incision inférieure le plus près possible de ce cartilage. Quant à l'incision supérieure, il faut lui faire suivre une ligne droite, si tout le rebord palpébral est également dévié, et lui faire décrire une courbe si la déviation n'est que partielle, de manière à avoir les lambeaux de téguments compris entre ces incisions plus larges au point correspondant à la déviation. Pour obtenir ce résultat d'une manière plus précise, on peut tracer à l'encre l'incision supérieure; on saisit le lambeau avec des pinces et on le détache avec le bistouri. Ce procédé est préférable à celui qui consiste à exciser avec les ciseaux, parce que ce dernier a l'inconvénient de raccourcir la paupière sans modifier la direction vicieuse du tarse. La réunion immédiate à l'aide de trois ou quatre points de suture réussit très-bien, et a l'avantage de laisser une difformité à peine appréciable. Les Arabes suivent un pro-

cédé qui consiste à engager une portion de peau de la paupière entre les lames d'un roseau fendu, dont une extrémité est retenue par le nœud naturel de la tige, et l'autre solidement liée. Mais la difficulté de le rapprocher assez du bord tarsien a fait renoncer l'auteur à ce procédé.

Après avoir employé sans succès les divers procédés proposés pour la cure radicale du trichiasis et du districhiasis, M. Clot-Bey a imaginé le suivant, qui lui a donné les plus heureux résultats :

Le chirurgien engage entre la paupière et le globe de l'œil une cuiller semblable à celle qui termine le manche d'un élévateur ordinaire. Il soulève la paupière en abaissant le manche de l'instrument; puis, par deux incisions pratiquées à l'aide d'un bistouri à lame effilée, il cerne les poils vicieusement implantés. Dans la première incision, on rase le bord de la muqueuse en dirigeant la pointe de l'instrument de dedans en dehors. Dans la seconde, on divise le bord cutané en dirigeant le bistouri un peu de dehors en dedans. Avec des pinces à érignes, on saisit le petit lambeau compris entre les deux incisions, puis on le résèque assez profondément pour atteindre les bulbes ciliaires. Afin d'atteindre plus sûrement tous les follicules, il est bon de cautériser le fond de la plaie avec le nitrate d'argent.

A l'appui de ces considérations cliniques, M. Clot-Bey relate les trois faits suivants, puisés dans sa pratique personnelle.

Obs. I. — Khalie-Bey, jeune Egyptien, a souffert à diverses reprises d'ophthalmies rebelles, à la suite desquelles il est resté une blépharite chronique et une opacité légère de la cornée qui a considérablement affaibli sa vue. Le docteur Jœger, célèbre oculiste de Vienne, consulté par ce malade, le soumit à un traitement qui dura une année et n'amena aucune amélioration notable. De retour en Egypte, ce jeune homme fut examiné par M. Clot-Bey, qui constata que l'affection méconnue à Vienne était due à un trichiasis. Le malade ne voulut pas se soumettre à l'opération reconnue indispensable. Quelque temps après, ce jeune Egyptien, toujours malade, étant venu à Paris pour affaires, se confia aux soins d'un spécialiste distingué qui lui aussi méconnut la cause du mal jusqu'au moment où il fut mis sur la voie par M. Clot-Bey. L'auteur ignore si cette fois l'opération fut pratiquée.

Obs. II. — M. B..., jeune homme de vingt-cinq ans, à la suite de nombreuses ophthalmies, perdit l'œil droit complétement, et l'œil gauche était en grande partie menacé d'une cécité complète. Il se rendit à Paris, consulta plusieurs médecins, suivit divers traitements à la suite

desquels il se résigna à retourner en Egypte sans avoir obtenu aucune amélioration. C'est dans ces conditions que le vit M. Clot-Bey, et qu'il put constater et faire constater à deux confrères que la cause du mal résidait dans un peu d'entropion, mais surtout dans une implantation vicieuse de plusieurs cils. Trois opérations successives portant sur l'entropion, le trichiasis et les vaisseaux d'un pannus vasculaire consécutif, amenèrent une amélioration notable au bout d'un mois, et définitivement un état de la vision aussi satisfaisant qu'il était possible de le désirer avec un organe gravement altéré dans sa texture.

Obs. III. — Mme de L..., tourmentée par une ophthalmie qui dure depuis quatre ans et qui s'accompagne de douleurs névralgiques intolérables, vint à Paris prendre conseil de plusieurs célébrités médicales qui méconnurent la cause véritable du mal, et eurent recours à divers moyens restés sans effet. Après dix mois de traitement infructueux, la malade, de retour en province, s'adressa à M. Clot-Bey, qui, éclairé par l'observation et l'expérience de ces sortes de maladies, reconnut au moyen de la loupe que les cils de la paupière supérieure, fortement déviés en dedans, surtout vers le tiers interne, étaient l'unique cause des accidents. L'opération de l'entropion suffit pour redresser les cils déviés, et, en enlevant la cause du mal, fit rapidement disparaître l'inflammation oculaire. Il reste malheureusement chez elle une opacité de la cornée qui est la conséquence inévitable d'une maladie d'aussi longue durée ; mais tout porte à croire que la lymphe épanchée entre les lames de la cornée finira par être partiellement ou totalement résorbée, et que Mme de L...., qui avait déjà perdu la vue de l'autre côté avant l'intervention de M. Clot-Bey, pourra y voir assez pour se conduire.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. MARJOLIN présente de la part do M. le docteur Fleury (de Clermont-Ferrand), membre correspondant de la Société, un malade qui porte à la partie gauche de la face, au-devant du conduit auditif externe, une tumeur assez volumineuse, très-dure, qui semble être une exostose de la branche montante du maxillaire inférieur. Il y a environ cinq ans que le malade, qui est âgé d'une cinquantaine d'années et qui a une très-bonne constitution, a vu l'affection se développer; les fondants et la cautérisation n'ont pas ralenti sa marche. Pendant les premiers temps, les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sont restés libres ; mais aujourd'hui, par suite des progrès de l'affec-

tion, le malade en est réduit à l'usage d'aliments liquides, tant l'espace entre les deux arcades dentaires est limité.

Quelle est la nature et le siége de cette tumeur, quelles sont les indications à remplir ? Telles sont les questions sur lesquelles M. le docteur Fleury demande des éclaircissements à la Société.

Pour M. GOSSELIN, c'est une tumeur de la branche gauche du maxillaire supérieur. Quant à sa nature, il lui paraît difficile de la déterminer d'une manière précise. L'indication première, c'est d'ouvrir la bouche. Si plus tard le malade ne pouvait plus manger, il faudrait bien se décider à la résection de la branche du maxillaire.

M. BROCA pense que c'est une exostose éburnée de la branche du maxillaire. Le bord antérieur de cette portion de l'os lui a paru gros et comme arrondi. L'introduction d'une aiguille à travers la peau pourrait servir à éclairer le diagnostic.

M. CHASSAIGNAC croit aussi à une exostose très-dure. La résection du maxillaire lui paraît très praticable ; mais avant, il voudrait qu'on essayât d'ouvrir la bouche après avoir endormi le malade.

M. VELPEAU, avant de quitter la séance, a fait connaître son opinion. Il lui paraît très-probable que la tumeur a pour point de départ la branche du maxillaire. Mais comme il n'y a pas d'accidents graves en ce moment, il serait d'avis de temporiser jusqu'à nouvel ordre.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 12 octobre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. FORGET demande la parole sur sa rédaction. Il voudrait qu'on ajoutât que c'est en se fondant sur des expériences connues qu'il a dit que le curare donné au malade de M. Chassaignac n'avait pu être absorbé ni par l'estomac ni par la plaie.

Quoique cette addition ne modifie en quoi que ce soit le sens de l'observation faite par M. Forget, M. LE SECRÉTAIRE déclare qu'il en tiendra compte si la Société le juge nécessaire.

M. FORGET, après avoir réclamé pour son compte, croit devoir réclamer pour M. Larrey, qui n'est pas présent à la séance. Il pense que l'opinion de notre collègue a été reproduite d'une manière inexacte. Il n'aurait pas, selon lui, reconnu que le malade de M. Chassaignac fût atteint de tétanos généralisé, et il insiste pour qu'une rectification soit faite à cet égard.

M. LE SECRÉTAIRE s'étonne de ce que M. Forget, non content de réclamer *à tort* pour son compte, le fasse encore pour celui de ses collègues.

Il déclare qu'il a pris les notes les plus exactes, et qu'il a apporté le plus grand soin dans la rédaction du procès-verbal. D'ailleurs il fait appel au souvenir des membres présents, et il ne consentira à modifier sa rédaction première que si la Société en décide autrement.

M. FORGET insiste de nouveau.

M. LARREY, qui entre en ce moment dans la salle, s'excuse de n'avoir pu venir au début de la séance, et déclare, bien qu'il n'ait pas entendu la lecture du procès-verbal, s'en rapporter à la rédaction du secrétaire.

Un grand nombre de membres réclamant l'ordre du jour et l'adoption pure et simple du procès-verbal, cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. BOUVIER demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il fait remarquer qu'il résulte de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, que la question relative au curare est loin d'être épuisée. On sait cependant déjà à quoi s'en tenir sur certains points importants. Ainsi, par exemple, on sait qu'il y a du vrai et du faux curare, et que des expériences faites avec le premier ont permis de constater ses effets. Maintenant que l'éveil est donné, chacun sentira la nécessité de s'entourer de toutes les garanties possibles dans le choix de cet agent.

Notre collègue s'est livré à quelques recherches depuis la dernière séance. Il donne en particulier l'analyse succincte de quelques-uns des points intéressants qui ont été étudiés dans la brochure de M. Alvaro Reynoso (1). Il en résulte :

1° Que chez plusieurs tribus indiennes de l'Amérique du Sud, on n'empoisonne que les flèches qui doivent servir à la chasse, et non

(1) *Recherches naturelles, chimiques et physiologiques sur le curare.* Paris, 1855.

celles qui sont employées dans les guerres. Le poison mis en usage y est connu sous des noms divers. Il est appelé *curare*, *worara*, *urali*, *wurali*, *wourari*, *voorari*, *woraru*, *wourali*, *urari*, *ourary*, *voorara*.

2° Que ce poison provient d'une seule et même plante, ou de plantes différentes, mais qui contiennent un principe actif identique, dont le caractère saillant serait de n'être absorbé qu'à la condition d'être mis en contact avec le sang; et que cette plante serait surtout une vigne nommée wourali et qui croît dans les déserts. Quant au mode de préparation, on le trouve en détail dans le mémoire de M. Reynoso.

3° Que d'après M. Richard Schomburgk, les plantes suivantes serviraient à la préparation du curare et dans les proportions que voici :

Plante urari (strichnos toxifera).	2 livres.
Yakki (strichnos Schomburgkii).	1/4 de livre.
Arimaru (strichnos cogens).	1/4 —
Tarireng ?.	1/4 —
Wokarino ?.	1/4 —
Tararemu ?.	1/2 once.
Muramu ? (*très-petite quantité*).	
Manuca (une xanthoxylée).	

Et que l'Indien y ajouterait, en outre, un certain nombre d'autres plantes dont ni les noms botaniques ni la quantité ne sont donnés.

4° Que d'après M. Boussingault, qui a rapporté du curare des bords de l'un des affluents des Amazones, il n'entrerait dans sa composition aucun venin de serpent.

Ce serait, d'ailleurs, avec ce curare remis à M. Pelouze en 1833 qu'auraient été faites presque toutes les expériences publiées depuis à Paris sur ce sujet.

D'après de Humboldt aussi, il serait absolument faux qu'on mêlât au curare du sang, du poison de vipère et d'autres ingrédients.

5° Que Gumilla aurait été le premier voyageur qui ait longuement insisté sur la propriété que présente le curare de ne pas être absorbé lorsqu'il est introduit dans le tube digestif, tandis qu'il l'est rapidement lorsqu'il est mis dans une petite blessure. La Condamine aurait fait mention de la même particularité, qui aurait été confirmée plus tard par de Humboldt.

Le père Zéa, qui accompagnait ce célèbre voyageur et qui était malade de la fièvre tierce, se faisait tous les matins apporter dans son hamac une flèche empoisonnée et la poule vivante qu'on destinait à son repas ; il attachait une grande importance à ce qu'elle eût été tuée par le curare.

MM. de Humboldt et Bonpland ont souvent avalé, sans le moindre inconvénient, de petites portions de curare, et lui ont reconnu un goût *amer très-agréable*.

6° Que l'action du curare serait variable ; qu'à dose insuffisante pour produire la mort, il ne donne lieu qu'à une paralysie momentanée de l'animal ; que quand il est très-actif et mis en contact avec une plaie à dose considérable, il tue sans convulsions et sans cris (l'animal devient insensible et meurt).

Que d'après MM. Virchow et Munter, le curare ne serait pas non plus un poison tétanique, mais qu'il produirait la paralysie, c'est-à-dire la cessation des mouvements musculaires volontaires ; au contraire, il donnerait lieu à des convulsions s'il était mis en petite quantité en contact avec une plaie, surtout si on retardait son absorption par l'emploi de la cautérisation.

L'expérience aurait donc démontré depuis plus de cent ans, ajoute M. Bouvier, que du curare peut être impunément introduit dans l'estomac de l'homme ; mais cela n'est nullement prouvé pour toutes les espèces de curare.

Notre collègue termine sa communication par la lecture de quelques passages d'une note qui lui a été remise par M. Réveil. Nous les transcrivons ici.

« Il est plus que probable que ces différents noms appliqués à une substance qui paraît être la même dans le fond, désignent cependant des poisons dont la composition n'est pas absolument identique.

» Il est, en outre, important de remarquer que les diverses substances de la matière médicale que nous connaissons et qui appartiennent au genre strychnos, telles que la noix vomique, la fève de saint Ignace, le bois de couleuvre, la fausse angusture, le quinquina bicolor, renferment toutes de la strychnine et de la brucine, et que dès lors il est extraordinaire, lorsqu'on voit figurer trois strychnos dans la formule de M. Richard Schomburgk, de ne pas trouver de la strychnine dans le curare.

» Sur cinq échantillons de curare que nous avons eu en notre possession, quatre possédaient les mêmes propriétés, quoiqu'à des degrés divers ; ils n'étaient pas absorbés par la muqueuse gastrique, mais ils l'étaient par la muqueuse bronchique et par la muqueuse buccale du lapin.

» Nous avons étendu cette dernière observation au cochon d'Inde et au rat albinos.

» Le cinquième échantillon, que nous nous sommes procuré au Ha-

vre et qu'on nous a dit provenir de Coromandel; était absorbé par l'estomac, et les phénomènes qu'il produisait étaient bien différents de ceux que détermine le curare ordinaire. En effet, celui-ci n'agit que sur le système nerveux moteur, tandis que l'échantillon dont nous parlons (et il tua l'animal) agissait aussi sur le système nerveux sensitif, ce qui me fit soupçonner qu'il contenait de la strychnine, et en effet l'analyse démontra bientôt que je ne m'étais pas trompé.

» Il est donc indispensable d'essayer le curare avant d'en faire usage. On s'est contenté, dit-on, dans un cas, d'introduire une solution très-concentrée de curare dans une incision pratiquée dans la cuisse d'un chat; l'animal étant mort rapidement, on en a conclu que le curare essayé était de bonne qualité; mais cela était insuffisant d'après ce que nous venons de dire. Pour être certain que le curaré était bon, il fallait s'assurer qu'il n'était pas absorbé par la muqueuse gastrique, et qu'après la mort de l'animal soumis à l'action de ce poison le système nerveux sensitif avait été respecté et le système nerveux moteur seul atteint. »

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL demande à donner lecture de la lettre suivante de MM. Mialhe et Grassi, qui avaient été mis en cause dans la dernière séance :

Monsieur le président,

Le *Moniteur des sciences* du 8 octobre contient le compte rendu de la séance de la Société de chirurgie dans laquelle M. le docteur Chassaignac a communiqué l'observation d'un malade atteint de tétanos et traité par le curare. Dans la discussion qui a suivi cette communication, MM. les docteurs Larrey et Legouest ont émis des doutes sur la nature du curare employé. M. Chassaignac a répondu qu'il avait fait prendre cette substance dans notre officine et qu'il s'en était entièrement rapporté à nous. Nous regardons comme un devoir de donner quelques renseignements sur le curare que M. Chassaignac avait fait prendre chez nous avec confiance; nous espérons qu'ils seront bien reçus de la Société de chirurgie, qui soumet toujours à une discussion sérieuse et approfondie les faits qui lui sont présentés.

Le curare que nous avons nous a été donné par M. Bourcier, ancien consul de France à Quito (Équateur), naturaliste habile, observateur judicieux, qui l'a rapporté lui-même de la province de Macas. C'est le même curare que M. Bourcier distribuait aux Indiens qui l'accompagnaient dans ses excursions et dans ses chasses, et dont ils se servaient

exclusivement. Il était donc parfaitement certain de son activité pour l'avoir mille fois observée.

L'origine de ce curare était donc entourée de toutes les garanties désirables. Cependant, avant de le délivrer au malade, nous n'avons pas négligé de le soumettre à une épreuve décisive. Nous avons pris un chat, et nous lui avons fait une incision à la partie interne de l'une des pattes de derrière. Après avoir étanché le sang, nous avons introduit dans la plaie 5 centigr. de curare délayé dans quelques gouttes d'eau. Le train postérieur de l'animal a été à l'instant même paralysé, et une demi-minute après il était mort.

Après cette expérience, nous étions donc en droit de délivrer le curare que nous faisait demander M. Chassaignac avec autant de confiance que nous délivrons le quinquina et l'opium préalablement soumis à une analyse chimique exacte et rigoureuse.

Nous avons fait part de cette expérience à M. le docteur Vulpian avant la communication de M. Chassaignac à la Société de chirurgie.

Veuillez recevoir, etc. Mialhe et Grassi.

M. Deguise voulait demander à M. Chassaignac si depuis la dernière séance il avait expérimenté sur des animaux le curare dont il s'était servi; mais il reconnaît que la lettre de MM. Mialhe et Grassi diminue l'intérêt de cette question. Il fait observer cependant qu'il résulte de tout ce qui a été dit jusqu'ici, que le curare n'est pas exactement connu.

Il met sous les yeux de ses collègues un carquois et des flèches empoisonnées par cette substance, et qui lui ont été apportés il y a quelques années de la Malaisie par un voyageur véridique, qui avait pu en constater sur les lieux les effets terribles.

Ces flèches sont très-petites, formées d'un bois très-léger et terminées par une pointe d'environ 2 centimètres enduite de curare; on les lance à l'aide d'une sarbacane, et elles ont une portée considérable.

Depuis la dernière séance, notre collègue les a expérimentées sur deux chiens. Sur le premier, la flèche a été enlevée vingt-quatre heures après la blessure produite; sur l'autre, la portion de la flèche enduite de curare a été coupée et maintenue dans les tissus beaucoup plus longtemps encore. Dans l'un et l'autre cas, les chiens ont continué à se porter à merveille.

M. Larrey. J'avais regretté, dans la dernière séance, que le curare dont s'était servi M. Chassaignac n'eût pas été expérimenté; la lettre

de MM. Mialhe et Grassi prouve que, comme moi, ils avaient compris l'importance d'une expérimentation préalable, et justifie, quoiqu'elle la rende nulle, mon observation. Je ne l'aurais pas faite si M. Chassaignac, à l'époque de sa communication, avait pu nous donner ce renseignement.

Il résulte d'un rapport très-circonstancié que j'ai demandé à M. Salleron, médecin principal de l'armée française à Turin, sur le fait de M. Vella, qu'on a beaucoup regretté que le curare employé n'ait pas été préalablement expérimenté. Je demande formellement que désormais, avant de se servir de cet agent sur l'homme, on prenne la précaution de s'assurer de sa qualité par des expériences sur les animaux.

M. DÉSORMEAUX, pour expliquer l'insuccès des tentatives faites avec les flèches de M. Deguise, rappelle que les extraits, en général, s'altèrent assez vite ; celui de noix vomique, même, ne résiste pas longtemps.

M. VERNEUIL, tout en trouvant le vœu de M. Larrey très-légitime, croit devoir faire remarquer que la qualité des médicaments regarde surtout les pharmaciens qui les fournissent. D'ailleurs, le tétanos est une maladie qui marche souvent avec une telle rapidité, qu'on n'aurait pas le temps de faire les expériences demandées.

M. BOUVIER ne conteste pas que le temps puisse altérer le curare, mais il ne veut pas qu'on oublie cependant que c'est avec du curare conservé depuis 1833 que la plupart des expériences ont été faites en France jusqu'à ce jour.

M. LARREY maintient que des expériences préalables doivent être faites avec cet agent avant de l'employer sur l'homme. Cela sera toujours possible et demandera fort peu de temps.

M. DÉSORMEAUX ajoute à ce qu'il a déjà dit, que le même extrait s'altère plus ou moins vite en raison de circonstances qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier.

M. CHASSAIGNAC pense qu'en ce qui concerne l'altération des extraits par le temps, il faut distinguer selon qu'ils sont conservés à l'état sec ou dissous dans un liquide. Sous la première forme, ils se conservent actifs pendant très-longtemps.

M. BROCA voudrait que ceux qui expérimentent le curare se souvinssent que cet agent est absorbé par les plaies et nullement par les muqueuses. Dans l'espèce, toute la question est donc de savoir si la plaie du malade de M. Chassaignac pouvait absorber. Et pour bien juger de la quantité de curare qui a pu pénétrer dans l'économie, il faut tenir grand compte de l'état particulier dans lequel elle était.

M. CHASSAIGNAC reconnaît que l'observation de M. Broca est parfaitement juste. Toutefois, on se rappellera que c'est avec une solution de 20 centigr. de curare pour 200 grammes d'eau que la plaie a été pansée au début. Quoiqu'on eût pu s'en tenir à cette solution, qui était très-étendue, il a cru devoir aller progressivement en augmentant. Il a déjà eu occasion de le dire, c'était la première fois qu'il employait ce poison. D'ailleurs, il n'y avait pas de temps à perdre, le malade était expirant.

M. FOLLIN indique que M. Manec, sur le malade dont il a publié l'observation, a introduit 5 centigr. de curare dans une plaie faite sur le bras à cet effet. Cette dose a pu être renouvelée sans qu'aucun effet se soit produit. Le curare employé avait cependant été expérimenté sur des animaux, et il était de bonne qualité puisqu'il les avait tués.

M. BOINET voudrait savoir si le curare dont s'est servi M. Manec venait de la pharmacie Mialhe?

M. FOLLIN répond qu'on l'avait pris au Collége de France.

M. VELPEAU demande à M. Bouvier si dans le travail de M. Reynoso il y a des observations relatives à l'homme.

M. BOUVIER répond qu'il n'y a que des indications vagues et rien de positif à cet égard.

M. FORGET rappelle qu'on a expérimenté le curare non-seulement sur des animaux à l'état sain, mais encore sur des animaux atteints de tétanos. Un chirurgien anglais a publié en 1833 deux observations de ce genre, et dans les deux cas l'emploi de cet agent n'a pas empêché la mort.

M. GIRALDÈS. M. Harley, de Londres, y a eu recours sans succès pour un cheval atteint de tétanos. Un homme qu'il se proposait de traiter de cette manière, fut assez heureux pour guérir avant l'emploi du curare.

On sait que M. Bernard s'étant inoculé ce poison, a eu la langue paralysée pendant un certain temps.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

C. Dierlich. *De prosopalgia ope galvanocaustica curata atque de causis a cura neuralgiarum.* Dissert. inaug.; Breslau, 1858, in-8°.

C. Haase. *De exstirpatione linguæ ope galvanocaustica.* Dissert. inaug.; Breslau, 1858, in-8°.

J. Zucker. *De uteri prolapsus curatione ope cauterii actualis.* Dissert. inaug. ; Broslau, 1859, in-8°.

Math. Graupe. *De intestini recti stricturis.* Dissert. inaug. ; Breslau, 1857, in-8°.

Rhein. Jœnisch. *De ligatura candenti cum ceteris penis amputandi methodis comparata.* Dissert. inaug. ; Breslau, 1858, in-8°.

G. Ressel. *De polyporum uteri exstirpatione methode galvanocaustica instituta.* Dissert. inaug. ; Breslau, 1857, in-8°.

C. Starck. *De testiculorum tumoribus galvanocaustice adhibita extirpatis.* Dissert. inaug. ; Breslau, 1857, in-8°.

— M. BROCA fait hommage à la Société d'un exemplaire de son travail intitulé : *Remarques sur les fractures spiroïdes et sur les régénérations osseuses.* Paris, 1859, in-8°.

— M. Grand-Clément, de Clermont-Ferrand, adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Chassaignac, une observation manuscrite intitulée : *Abcès rétro-pharyngien à marche subaiguë ; opération; guérison.* (M. Chassaignac, rapporteur.)

— M. LE PRÉSIDENT dépose sur le bureau les statuts de la Société tels qu'ils ont été adoptés par le Conseil d'État ; il fait remarquer qu'ils n'ont subi que quelques modifications fort peu importantes, et que la nouvelle position de la Société la met en mesure de participer plus largement aux allocations du gouvernement et de recevoir les dons que des testateurs généreux voudront bien lui faire.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente un malade sur lequel un cancroïde ayant détruit une grande partie de la lèvre inférieure, il fut obligé d'enlever les deux tiers du côté droit de cette portion de la face. Songeant ensuite à une restauration de la partie enlevée, c'est à l'aide d'un lambeau pris sur la lèvre supérieure qu'il l'a obtenue. De cette façon, il a rétabli une sorte d'équilibre entre la lèvre supérieure et la lèvre inférieure, en donnant à l'une ce que l'autre avait de trop depuis l'opération première, et il a pu reconstituer une bouche assez régulière, sans pli ni froncement.

— M. FOLLIN met sous les yeux de la Société un malade sur lequel, depuis deux mois et demi, il a pratiqué la trachéotomie pour une affection syphilitique. Depuis cette époque, il a essayé plusieurs fois de retirer la canule, mais il a fallu se hâter de la réintroduire, la suffocation ne tardant pas à devenir imminente. Après s'être servi sans résul-

tat avantageux d'une canule sans paroi postérieure, il en a fait construire une par M. Mathieu qui lui paraît réaliser un véritable progrès. Elle a la forme d'une double botte, elle a une ouverture très-large, et permet l'introduction plus facile de l'air et des médicaments. C'est celle que porte le malade, et il s'en trouve bien.

M. LEGOUEST trouve la canule que présente M. Follin très-bien construite. M. Bretonneau en avait déjà fait faire une, ayant comme celle-là la forme d'une botte. Il a eu occasion de l'essayer dans un cas, mais il a éprouvé une assez grande difficulté pour l'introduire. Cela a dépendu sans doute de ce qu'elle n'était pas aussi bien faite que celle qui a été exécutée par M. Mathieu.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 19 octobre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour de la séance étant très-chargé, M. LE PRÉSIDENT invite M. le secrétaire général à donner lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE.

M. BOINET dépose sur le bureau un exemplaire d'un mémoire publié par lui en 1847, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, et intitulé : *Mémoire et observations sur un procédé nouveau et très-simple pour l'extraction de certains corps aigus engagés dans l'urèthre.* Ce procédé ne diffère pas de celui que M. Ségalas a communiqué récemment à l'Académie de médecine.

— Une lettre de M. Depaul, annonçant qu'il donne sa démission de secrétaire de la Société de chirurgie.

La lettre de M. Depaul donnant lieu à d'unanimes protestations, la Société, afin de permettre plus de liberté aux observations qui s'élèvent de toutes parts, se forme en comité secret.

A quatre heures, la séance est de nouveau rendue publique.

— M. RICHARD, avant de présenter à la Société deux sujets hermaphrodites, dit qu'il a renoncé à lire un travail complet sur l'hermaphro-

disme tendant à prouver que les sujets atteints de ce vice de conformation sont mâles, la discussion de ce sujet étant trop purement anatomique. La véritable démonstration du fait qu'il avance consiste dans une connaissance exacte du développement de l'appareil génital : car si l'on cherche à s'éclairer par les observations antérieures des auteurs qui s'en sont occupés, on trouve que certains détails ont été créés de toutes pièces, et de plus on a le droit d'émettre des doutes sur la compétence des anatomistes à bien distinguer un testicule de l'ovaire.

Le premier sujet présenté à la Société porte des habits de femme. Il a dix-huit ans; point de mamelles développées; l'habitude extérieure d'un jeune garçon.

C'est là le type ordinaire de l'hermaphrodisme : deux grandes lèvres ou scrotum vides de glandes séminales; un pénis, et au-dessous une sorte de vulve bornée par deux nymphes. Cette vulve conduit en avant dans la vessie, et en arrière dans un vagin.

Le second sujet n'a que neuf ans et demi. Il est pourtant déjà pubère, au moins au point de vue des organes génitaux : car le pénil est ombragé de poils nombreux, le pénis est celui d'un jeune garçon de seize ans. Cet organe est bridé en bas par deux nymphes minces, libres dans leur tiers antérieur, réunies dans le reste de leur étendue de manière à former un urèthre pénien analogue à celui des sujets hypospadiaques. Le scrotum est représenté par deux grandes lèvres comme chez le sujet précédent. L'aspect du corps et surtout du bassin est plutôt féminin que masculin. Cet enfant est un exemple rare et très-précieux de la transition entre les hermaphrodites ordinaires et les hypospadiaques.

On voit clairement chez ces deux sujets, ajoute M. A. Richard, la véritable signification de l'appareil génital externe de la femme. C'est une grave erreur de dire que la vulve est l'orifice antérieur du vagin ; le vagin et la vulve sont séparés par le ligament de Carcassonne. Le vagin est un organe pelvien qui s'ouvre dans le vestibule, et ce dernier est une coupe ou entonnoir qui représente l'abouchement extérieur de l'urèthre. Il constitue l'urèthre pénien de la femme, sur lequel on rencontre les lacunes et les glandes de l'urèthre pénien de l'homme; il répond en haut à la gouttière uréthrale des corps caverneux et du gland, et il est borné en bas par la face interne des nymphes ou corps spongieux.

Le vagin s'ouvre, à la partie inférieure et postérieure de cet urèthre pénien, comme font chez l'homme les conduits éjaculateurs.

La composition de cet appareil génital externe n'est pas analogue, mais identique dans les deux sexes ; c'est ainsi qu'on trouve :

1° Un corps caverneux et des muscles ischio-caverneux coiffés par un gland.

2° Un scrotum réuni chez l'homme, séparé chez la femme en deux grandes lèvres ; séparé de même chez les sujets atteints d'épispadias, d'exstrophie de vessie, et chez les hermaphrodites.

3° En avant du gland ou bulbe, un corps spongieux chez l'homme, corps mal nommé car il est composé de longs vaisseaux et non de tissu caverneux ; chez la femme, un corps identique dont la partie moyenne non réunie forme les nymphes.

4° Un bulbe, bifide chez l'homme, totalement séparé en deux chez la femme.

5° Des glandes de Cooper, identiques aussi dans les deux sexes, et s'abouchant au même point de l'urèthre.

Toutes ces parties dans l'un et l'autre sexe ont la même structure, les mêmes vaisseaux, les mêmes nerfs, les mêmes rapports, et sont bridées par les mêmes aponévroses. Cette saine notion de l'appareil génital externe de la femme est capitale en chirurgie ; elle démontre que les lésions du bulbe, les maladies si variées des glandes de Cooper chez la femme, ne sont absolument pas des maladies du vagin.

M. GIRALDÈS est d'avis que M. Richard, depuis ses dernières communications, n'a pas fait faire un pas à la question de l'hermaphrodisme; il en est resté aux descriptions données par M. Coste des organes extérieurs, aux rapprochements et aux comparaisons déjà établis entre les appareils génitaux externes de l'un et de l'autre sexe, et acceptés de tout le monde.

D'après ces rapprochements, ces comparaisons et ces descriptions qu'il ne fait que reproduire, M. Richard n'est pas autorisé à conclure que tous les hermaphrodites sont mâles; on est en droit d'exiger de lui, avant d'adopter sans discussion le fait qu'il avance, qu'il veuille bien établir aussi les analogies des organes génitaux internes, et qu'il donne l'explication anatomique des dissections dont M. Giraldès a rapporté l'histoire dans l'une des séances précédentes, dissections où ont été rencontrés, soit une matrice, soit des ovaires avec des testicules, soit encore des organes dont la nature n'a pu être déterminée, même par l'examen microscopique.

La démonstration de la transformation par développement des organes internes féminins en organes internes mâles, c'est-à-dire le point

véritablement litigieux de la question qui nous occupe, n'a été jusqu'ici ni élucidée ni traitée par M. Richard d'une manière satisfaisante.

M. RICHARD ne croit pas, comme M. Giraldès, que tout le monde soit d'accord sur les transformations des organes génitaux externes établies par M. Coste. Il n'est pas d'accord lui-même avec M. Coste, puisque ce savant admet que l'urèthre s'ouvre dans le vagin, tandis que M. Richard considère, au contraire, que le vagin s'ouvre dans l'urèthre.

Afin de convaincre M. Giraldès, il reviendra à l'histoire anatomique des anomalies des parties génitales, attendu qu'elle est toute récente, qu'elle date à peine du fait rapporté par M. Follin, et que nos devanciers n'ont donné sur ce sujet que des travaux dont il ne tient pour sa part absolument aucun compte.

M. VERNEUIL rappelle à M. Richard qu'il l'a prié de vouloir bien indiquer des observations authentiques d'hermaphrodites étant sujets à la menstruation, bien que mâles, ainsi que l'a avancé M. Richard.

Le plus âgé des sujets que notre collègue vient de nous faire voir est menstrué, et néanmoins notre collègue le regarde comme mâle! M. Verneuil ne peut croire à une pareille confusion des attributs des sexes; à moins que l'individu présenté ne soit véritablement à demi homme et à demi femme.

Dans l'état actuel de la science, l'ovaire est regardé comme la condition essentielle de la menstruation; s'il peut en être autrement, nos opinions sur ce point de physiologie doivent être réformées.

M. RICHARD affirme que le plus âgé des deux sujets présentés est menstrué; qu'il est pourvu d'un utérus, comme on peut s'en assurer par le toucher rectal; que de plus, ses appétits sont tout à fait féminins; qu'il ne recherche que les hommes et qu'il veut absolument être femme. Néanmoins, M. Richard persiste à le regarder comme un mâle, et énumère, à l'appui de sa manière de voir, les modifications qu'apporte la castration dans les goûts et l'habitude extérieure des eunuques.

La menstruation, dominée normalement par l'ovaire, pourrait, à son avis, dans les cas de monstruosité, être provoquée par le testicule.

M. VERNEUIL ne saurait admettre la comparaison faite par M. Richard des eunuques avec les sujets réputés hermaphrodites.

Il n'admet pas davantage qu'un sujet pourvu d'un utérus et menstrué soit mâle.

Quant à l'opinion de M. Richard, faisant jouer au testicule le même

rôle qu'à l'ovaire dans la menstruation, elle lui paraît au moins singulière.

M. GIRALDÈS demande encore à M. Richard d'apporter des faits à l'appui de ses opinions : le seul que M. Richard ait produit est celui qu'a relaté M. Follin; mais ce fait n'autorise pas une affirmation aussi absolue que l'affirmation de notre collègue.

L'arrêt de développement invoqué par M. Richard ne rend pas compte de la duplicité des organes constatés par quelques observateurs : il faudrait que M. Richard signalât la raison pour laquelle le corps de Wolf, *un* dans le principe, se développe dans son évolution ultérieure en donnant naissance tantôt à des organes mâles, tantôt à des organes femelles; il faudrait qu'il expliquât la forme singulière de l'utérus dans les cas qui nous occupent; qu'il voulût bien dire pourquoi on trouve en même temps que ces organes un testicule et un canal déférent; qu'il donnât, enfin, des faits anatomiques probants de sa manière de voir.

M. RICHARD répète qu'il n'a pas cru devoir soumettre des détails purement anatomiques à une Société s'occupant exclusivement de chirurgie, et qu'il s'est appliqué à ne lui soumettre, au contraire, que des faits de son ressort.

M. LE PRÉSIDENT déclare la discussion close et donne la parole à M. Broca, qui expose les recherches faites par lui depuis peu sur le curare.

Sur la proposition de M. LARREY, la Société invite M. Broca à rédiger lui-même ses intéressantes recherches, afin qu'elles ne perdent rien de leur importance dans la rédaction nécessairement abrégée du procès-verbal.

Reprise de la discussion sur le traitement du tétanos par le curare.

M. BROCA. Je croyais encore il y a quelques jours, comme tous ceux qui ont parlé du curare soit ici, soit à l'Académie des sciences, que ce poison n'était nullement absorbé par la muqueuse gastrique. Mais j'ai reçu tout récemment de mon excellent maître M. Martin-Magron, une lettre dont je crois d'abord devoir vous donner lecture :

« J'ai entendu hier à la Société de chirurgie la lecture d'une note dont l'auteur, M. Réveil, soutient que *le curare n'est point absorbé par la muqueuse digestive;* il va même jusqu'à dire que ce caractère est le seul qui permette d'affirmer que la substance soumise à l'expérience

est *réellement* du curare. J'ai l'honneur de vous faire remettre la première partie d'un mémoire qui paraîtra dans le prochain numéro du *Journal de physiologie* de M. Brown-Séquard. Vous y verrez la preuve que l'opinion émise par M. Réveil, déjà réfutée expérimentalement par Fontana, n'est plus soutenue aujourd'hui par ceux-là mêmes qui ont le plus contribué à la propager. Il ne m'appartient pas d'intervenir dans la discussion qui pourrait s'établir sur le traitement du tétanos en général, mais il m'est permis de dire qu'en raison d'expériences nombreuses que nous avons faites, M. Buisson et moi, sur le curare, nous sommes portés à croire que ce poison doit avoir une influence sur les convulsions du tétanos, tant qu'elles sont sous la dépendance du système nerveux; mais quand cette affection est arrivée à la période où les muscles sont contracturés par le fait même de l'irritation propre des fibres qui les constituent, le curare ne peut plus produire le moindre effet, attendu qu'il n'agit pas sur la contractilité musculaire. Permettez-moi d'ajouter que dans le premier cas même, c'est à-dire quand les convulsions ou les contractions musculaires permanentes sont encore sous la dépendance du système nerveux, on court le risque de faire succéder à une contraction qui produit l'asphyxie, un relâchement absolu qui produit le même effet. Ce dernier état néanmoins est préférable au premier, parce qu'il peut être traité avec quelque chance de succès par la respiration artificielle.

» *Signé* MARTIN-MAGRON. »

A cette lettre, continue M. Broca, M. Martin-Magron avait bien voulu joindre une épreuve du mémoire qu'il publie avec M. Buisson dans le *Journal de physiologie*, sur l'action comparée de la strychnine et du curare. La lecture de ce travail m'a pleinement convaincu que le curare est réellement absorbé dans l'estomac; la chose m'a paru assez grave pour être communiquée à la Société; mais auparavant j'ai voulu remonter aux sources et consulter autant que possible les documents publiés depuis un siècle, pour pouvoir du moins, à défaut d'expérience personnelle, invoquer l'expérience des autres.

Il est certain que la plupart des voyageurs qui ont parlé du curare ont ajouté que ce poison pouvait être avalé impunément. Cette erreur, répandue d'abord par Gumilla, a été presque généralement acceptée, et elle repose sur des faits qui, au premier abord, paraissent assez concluants. La Condamine, à l'exemple des sauvages de l'Amérique du Sud, s'est longtemps nourri de gibier tué avec des flèches empoisonnées. Son compagnon de voyage, don Antonio Ulloa, a vu plus d'une

fois les Indiens passer dans leur bouche la pointe de leurs flèches, pour humecter le poison desséché et en rendre les effets plus sûrs. M. de Humboldt a souvent avalé de petits fragments de curare, et, suivant lui, les Indiens regardent cette substance comme un excellent stomachique. Enfin, M. Richard Schomburg, se trouvant atteint de fièvre pendant son voyage, s'administra longtemps le curare comme médicament. Ce traitement ne produisit absolument aucun effet.

En comparant l'innocuité de ce poison introduit dans l'estomac avec les effets terribles qu'il produit lorsqu'il est appliqué sur une plaie, on avait cru d'abord que le contact des liquides gastriques décomposait le curare et lui enlevait ses propriétés toxiques. Mais lorsque MM. Bernard et Pelouze eurent institué sur les chiens atteints de fistule gastrique la célèbre expérience que M. Legouest nous a récemment rappelée; lorsqu'ils eurent prouvé que le suc gastrique d'un chien qui a avalé impunément du curare tue promptement les animaux auxquels on l'inocule, il fallut bien adopter une autre explication. On admit donc que la muqueuse digestive était réfractaire à l'absorption du curare; cette opinion, que paraissait confirmer une expérience d'endosmose cadavérique faite sur un estomac retourné, se conciliait si bien avec les belles recherches de M. Bernard sur les affinités électives de certaines substances solubles pour certaines voies d'absorption, qu'elle fut acceptée presque sans contestation, et l'intéressante brochure de M. Reynoso, dont M. Bouvier nous a présenté l'analyse dans la dernière séance, ne contribua pas peu à la vulgariser.

Il y a cependant dans la science des faits nombreux et authentiques qui prouvent que le curare est absorbé dans l'estomac, et que, pris à dose suffisante, il empoisonne de la même manière que lorsqu'on l'introduit dans les plaies.

On lit dans le journal britannique de Cleaby, t. XIII, p. 85, qu'un oiseau à qui on avait fait avaler du curare mourut sur-le-champ. Ce fait, que j'emprunte à Fontana, ne fut pas pris au sérieux, et ce fut Fontana qui, vers la fin du dernier siècle, eut le mérite d'entrer le premier dans la voie des expériences régulières. Cet éminent physiologiste poussa du premier coup ses recherches jusqu'à des limites que nos contemporains ont rarement dépassées, et, comme s'il eût prévu que l'étude du curare deviendrait un jour un des sujets favoris de la physiologie française, il prit la peine d'écrire et de publier en français son beau *Traité sur le venin de la vipère et sur les poisons américains*, qui parut en 1781, à Florence, en 2 volumes in 4°. Ce travail, qu'on peut citer comme un modèle de précision scientifique, a d'autant plus

de droits à notre admiration qu'il fut conçu et exécuté à une époque où les lois de l'absorption étaient inconnues, et où personne encore n'avait songé à faire intervenir les propriétés des poisons dans l'analyse des phénomènes de la vie. Il est difficile d'expliquer comment une œuvre aussi remarquable a pu échapper à l'attention de la plupart des modernes. Lorsque parurent les importantes recherches de M. Bernard sur les propriétés du curare, celles de Fontana étaient si bien oubliées qu'on put croire que ce poison venait d'être mis à l'étude pour la première fois. Nous aurions mauvaise grâce à nous en plaindre, car si l'on eût connu les belles expériences du physiologiste italien, on n'aurait peut-être pas essayé de trouver quelque chose après lui, et M. Bernard n'aurait peut-être pas été conduit par l'étude des propriétés du curare à la découverte de cette proposition majeure, que la *contractilité du système musculaire est indépendante du système nerveux.*

Fontana reçut en 1779, de Heberden, membre de la Société royale de Londres, un grand nombre de flèches empoisonnées et un vase de terre rempli de poison américain, le tout rapporté des bords de l'Amazone par don Pedro Maldonado. Ce poison, préparé par les Indiens Ticounas, et désigné pour cela sous le nom de *Ticunas*, n'était autre que le curare; la description de ses propriétés physiques, faite avec soin par Fontana, et la nature des accidents toxiques constatés par cet observateur, ne laissent à cet égard aucun doute.

Après avoir expérimenté le curare de toutes les manières, Fontana arriva à la découverte de ce grand fait, que toutes les parties du corps d'un même animal ne sont pas également susceptibles d'absorber le curare; qu'il y a à cet égard de notables différences entre la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les nerfs et les muscles; que, suivant qu'on verse le poison sur tel ou tel tissu, l'absorption est plus ou moins rapide, les effets plus ou moins prompts et plus ou moins graves; qu'une même dose, supportée sans accident lorsqu'on l'applique sur les plaies de la peau, devient presque foudroyante lorsqu'on la dépose à la surface d'un muscle; qu'enfin, pour produire des résultats déterminés, il faut des doses extrêmement variables, suivant la nature des tissus attaqués.

Le curare instillé dans la conjonctive lui parut tout à fait sans action, ce qui s'explique bien par l'impossibilité de maintenir longtemps un liquide entre les paupières.

Quant à la muqueuse digestive, elle fut loin de se montrer réfractaire à l'absorption du curare. Procédant par doses croissantes, il reconnut que l'empoisonnement par l'estomac exige des doses plus éle-

vées que l'empoisonnement par les plaies ; mais que, chez les oiseaux comme chez les mammifères, le curare pris à dose suffisante détermine la mort en moins d'une heure. Enfin, et j'insiste sur ce point qui est pour nous d'une haute importance, il découvrit que l'état de la muqueuse gastrique exerce une influence considérable sur les phénomènes de l'empoisonnement par l'estomac. Un animal à jeun est empoisonné plus rapidement et à dose beaucoup plus faible qu'un animal qui a mangé. Les petits lapins peuvent quelquefois avaler sans accident jusqu'à 30 centigrammes de curare lorsque leur estomac renferme des matières, tandis que la dose de 15 centigrammes tue en moins de trente-cinq minutes les lapins adultes qui n'ont pas mangé depuis quelque temps.

Cette série d'expériences sur l'absorption du curare par l'estomac conduisit Fontana à se demander s'il était bien vrai que le venin de la vipère et les autres poisons animaux fussent, comme on le croit encore généralement, tout à fait sans action sur la muqueuse digestive. L'opinion du vulgaire à cet égard ne venait-elle pas de ce que le serpent le plus venimeux ne dépose jamais dans une plaie une dose de venin *suffisante* pour empoisonner ceux qui sucent cette plaie? Pour répondre à cette question, Fontana fit avaler à un pigeon à jeun trente gouttes de venin provenant de huit vipères; l'animal mourut en moins de six minutes (1), et ainsi tombe l'argument par analogie qu'on avait tiré de l'étude des venins, pour montrer que certains poisons végétaux peuvent, quoique inoculables dans les plaies, n'être pas absorbés par l'estomac.

Vous m'excuserez d'avoir quelque peu insisté sur les belles recherches de Fontana. Outre qu'elles ont acquis une grande importance chirurgicale depuis que le curare a été appliqué au traitement du tétanos, j'ai cru faire un acte de justice en rendant à ce savant des découvertes qu'on a, de la meilleure foi du monde, attribuées à ses successeurs.

Mais j'ai hâte de revenir à la question de l'absorption du curare par les muqueuses.

Il résulte d'une communication faite en 1857 à l'Académie des sciences, par M. Pelikan, que Brocklesby et Emmer reconnurent, comme Fontana, les effets toxiques du curare pris à l'intérieur à dose suffisante. J'ignore la date de ces expériences déjà anciennes, et n'ayant

(1) Cette expérience n'a été publiée que dans le supplément du 2e volume de Fontana, p. 368.

pu remonter aux sources, qui ne sont pas indiquées, je ne puis vous en donner l'analyse.

Le premier physiologiste français qui ait, à ma connaissance, réussi à empoisonner des animaux par l'estomac est M. Vulpian (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1854, p. 73). Ce résultat était en opposition avec les notions admises en France à cette époque, et M. Vulpian se demanda d'abord si le curare dont il s'était servi, et que M. Green avait fait venir directement du Para (Brésil), n'était pas différent du curare des Indiens Andaquils rapporté d'Amérique en 1844 par M. Goudot, et employé jusqu'alors dans toutes les expériences de MM. Pelouze et Bernard. Mais ce dernier poison donna à M. Vulpian les mêmes résultats que l'autre, et il pensa alors que les grenouilles, les tritons et les crapauds qu'il avait empoisonnés faisaient exception à la règle. Pourtant le curare introduit dans la bouche empoisonna des carpes, des moineaux, des cochons d'Inde. L'exception commençait à se généraliser quelque peu. Enfin un lapin, qui n'avait pas paru atteint sur le moment, fut trouvé mort le lendemain dans son réduit. M. Vulpian n'osait pas affirmer que la mort de cet animal eût été produite par le poison, mais il faut avouer que la chose paraissait assez probable.

Les faits de M. Vulpian, malgré leur multiplicité et leur importance, n'empêchèrent pas M. Reynoso de soutenir, l'année suivante, dans son intéressante brochure, que la seule muqueuse capable d'absorber le curare est la muqueuse pulmonaire. Mais M. Bernard jugea que la question méritait d'être examinée de nouveau; il reconnut d'abord que les oiseaux qui ont avalé du curare meurent presque aussi rapidement que si le poison avait été introduit sous la peau (*Leçons sur les substances toxiques*. Paris, 1856; in-8°, p. 290). L'absorption est un peu moins rapide dans l'estomac des grenouilles; elle l'est moins encore dans l'estomac des mammifères; mais elle est suffisante pour empoisonner un chien *à peine* à la dose de 80 centigrammes (*loc. cit.*, p. 291). « L'ingestion du curare par le canal intestinal, conclut M. Bernard, » n'est donc pas innocente d'une manière absolue. »

Ajoutons que MM. Cogswell, Kolliker et Pelikan (*Académie des sciences*, 10 mars 1857) ont obtenu des résultats analogues. Ce dernier, après avoir reconnu que 6 centigrammes de curare à l'intérieur paraissent sans action sur les lapins, en tua trois sur cinq avec une dose de 30 centigr.; le quatrième revint à la vie après avoir présenté des signes évidents d'empoisonnement; le cinquième échappa à l'action du poison, mais il était en pleine digestion, comme les deux précé-

dents, lorsqu'on lui fit avaler le curare; et les deux premiers, qui étaient à jeun, moururent beaucoup plus rapidement que le troisième. Ainsi se trouve confirmée la grande différence constatée d'abord par Fontana, puis par M. Bernard, entre les animaux à jeun et les animaux qui ont pris des aliments. Enfin MM. Martin-Magron et Buisson, dans des expériences plus récentes, ont également reconnu que le curare est absorbé dans l'estomac même pendant le travail de la digestion. Un petit cochon d'Inde, qui venait de manger, fut empoisonné avec 2 centigrammes de cette substance; mais il ne mourut que deux heures 40 secondes après l'ingestion du poison (*Journal de Physiologie*, 1859, t. II, p. 588). Ces physiologistes ont même démontré que le curare est éliminé par les urines *à l'état de curare*. Pour cela, ils ont recueilli l'urine des animaux qui avaient avalé le poison, puis ils l'ont concentrée au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait, et ce résidu, inoculé à divers animaux, leur a donné la mort (expérience encore inédite, que M. Martin-Magron m'a communiquée verbalement).

Désormais, par conséquent, il ne manque plus rien à la démonstration. Le curare est absorbé avec une inégale rapidité dans les plaies et dans les diverses muqueuses; il s'élimine par les urines, comme la plupart des poisons; là où il est absorbé promptement, il empoisonne à petites doses; là où il est absorbé plus lentement, les petites doses sont aisément supportées, parce que l'élimination, *qui est rapide*, ne laisse pas accumuler dans l'organisme une quantité suffisante de poison; mais les doses plus élevées déterminent au bout d'une ou deux heures, et même plus tôt, des phénomènes d'empoisonnement qui peuvent être mortels; enfin les doses plus élevées encore peuvent, surtout lorsque l'animal est à jeun, tuer aussi rapidement que le fait l'inoculation du curare.

Les propositions précédentes, démontrées par l'expérimentation sur les animaux, sont, selon toutes probabilités, applicables à l'homme. M. F. de Castelnau nous apprend, dans sa *Relation d'une expédition dans les parties centrales de l'Amérique du Sud* (1843 à 1847), qu'on peut avaler impunément de petites doses de curare, mais que, pris à grandes doses, il tue instantanément. Quoique ce voyageur distingué n'ait pas cité d'observations particulières, son assertion est trop conforme aux résultats des expériences physiologiques pour n'être pas prise en très-grande considération.

Cela posé, le curare administré par une voie quelconque peut-il être utile dans le traitement du tétanos? L'expérience seule pourra répondre à cette question; jusque-là, la théorie permet de concevoir des

espérances sérieuses. Je ne veux pas dire que le curare puisse être considéré comme propre à combattre, à la manière des spécifiques, la cause du tétanos ; mais en paralysant les extrémités nerveuses, il peut soustraire les muscles à l'influence du système nerveux, faire cesser par conséquent les contractures musculaires qui s'opposent à la préhension des aliments et à la respiration, et prolonger ainsi la vie des malades jusqu'à la guérison naturelle de la maladie dont ces contractures ne sont que le symptôme. Cette idée s'est présentée dès 1811 à l'esprit de notre éminent collègue M. Benjamin Brodie. Deux essais faits sur des chevaux tétaniques par le vétérinaire Sewel furent, il est vrai, sans résultats ; mais nous ne connaissons ni les doses employées ni le mode d'administration du médicament. Peut-être n'a-t-on pas donné de doses suffisantes pour des animaux de cette taille. M. Velpeau nous a rappelé qu'il y a trois ans (novembre 1856), M. Thibeaud, dans un mémoire lu à la Société académique de Nantes, proposa à son tour de traiter le tétanos par le curare. Ces précédents ne diminuent en rien le mérite de M. Vella, qui a osé le premier employer sur l'homme, comme médicament, ce poison, dont son compatriote Fontana avait le premier fait connaître les remarquables propriétés.

Je ne me propose pas d'analyser ici en détail les trois faits de M. Vella et les deux faits observés tout récemment à Paris. Les deux premières tentatives du chirurgien de Turin furent faites pour ainsi dire *in extremis*, dans la période d'asphyxie ; nous pouvons donc ne pas nous en préoccuper. Le troisième malade de M. Vella, comme vous le savez, était aussi dans un état fort grave, mais il fut traité à un moment plus favorable, et le chirurgien fut récompensé de sa hardiesse par un succès qui a eu un grand retentissement. A Paris, M. Manec, secondé par M. Vulpian, n'a pu sauver son tétanique ; mais MM. Chassaignac et Tahère ont été plus heureux. Somme toute, deux succès sur trois malades constituent un résultat encourageant. Je reconnais la gravité des objections qui ont été faites soit ici, soit à l'Académie des sciences, soit dans la presse. M. Larrey nous a dit que le curare employé par M. Vella n'avait point été expérimenté sur les animaux immédiatement avant d'être appliqué sur l'homme. C'est une lacune fâcheuse. Il faut savoir, toutefois, que M. Vella est un physiologiste habitué depuis plusieurs années à manier le curare. Il communiqua en 1856 à la Société des sciences biologiques de Turin une longue série d'expériences faites en commun avec les professeurs Ercolani et Tommasi sur l'antagonisme de la strychnine et du curare ; il avait pu, « en

agissant avec les précautions nécessaires, neutraliser les effets toxiques de ces deux substances l'une par l'autre » ; et c'était ce résultat, conforme à l'opinion de M. Harley, et confirmatif d'une expérience de M. Virchow, qui l'avait conduit à employer le curare dans le traitement du tétanos. On peut donc accorder au fait de M. Vella autant de confiance qu'en mériterait, en France, une expérience dirigée par M. Cl. Bernard. Il connaissait déjà de longue main le curare dont il s'est servi, et cela a pu le dispenser de recourir à une vérification nouvelle. J'avoue d'ailleurs qu'il est difficile de ne pas être impressionné par une observation où l'on voit chaque application du poison suivie, au bout d'une demi-heure ou trois quarts d'heure, d'un relâchement musculaire complet, mais passager. Cela s'accorde si bien avec la théorie du curare, que je suis disposé à accorder une grande valeur à cette observation.

Le fait de M. Chassaignac a été plus vivement contesté. Mais, d'une part, la lettre de MM. Mialhe et Grassi nous a prouvé que le curare employé avait des propriétés toxiques très-prononcées, puisque, inoculé sur la cuisse d'un chat à la dose de 5 centigrammes, il avait déterminé la mort en deux minutes. On avait objecté encore que le curare avait été administré principalement à l'intérieur, et que cette partie du traitement était comme non avenue, le curare ne pouvant pas être absorbé par l'estomac. Cette objection, qui m'avait frappé comme tout le monde, n'a pas perdu toute sa valeur, puisque la dose employée à l'intérieur était assurément fort minime ; mais nous savons maintenant que l'estomac absorbe le curare, et peut-être aussi le malade de M. Chassaignac, à la diète forcée depuis plusieurs jours, était-il dans des conditions propres à rendre l'absorption du curare par la muqueuse gastrique plus rapide qu'elle ne l'est d'ordinaire, même chez les animaux à jeun. On objecte enfin que ce cas de tétanos n'était pas des plus graves. L'appréciation exacte de l'état du malade ne peut être faite que par ceux qui l'ont vu ; je ne me prononcerai donc pas sur ce point. Je dois dire toutefois que, si le curare devait échouer constamment dans les cas de tétanos suraigu, et réussir seulement dans les cas semblables à celui qu'a traité M. Chassaignac, ce serait encore un des médicaments les plus précieux de la thérapeutique chirurgicale. L'insuccès de MM. Vulpian et Manec, qui ont administré sans aucun résultat des doses de curare bien supérieures à celles qu'ont employées les autres chirurgiens plus heureux, ne doit donc pas faire considérer la nouvelle méthode comme inefficace. Il s'agissait d'un tétanos suraigu qui tua le malade en vingt-six heures. La première inoculation fut faite

moins de huit heures avant la mort ; peut être le tétanos était-il déjà parvenu à cette période où, suivant M. Martin Magron, dont je vous ai lu la lettre, les muscles restent contractés en vertu de leur irritabilité propre, et indépendamment de l'influence *actuelle* du système nerveux.

Quoi qu'il en soit, l'efficacité du curare est loin d'être démontrée ; mais les faits connus jusqu'ici permettent de la considérer comme probable. Quoi qu'il en soit encore, et malgré toutes les réserves que nous pouvons faire, nous pouvons être bien certain que tous les chirurgiens qui se trouveront en présence d'un cas de tétanos, et qui pourront se procurer du curare, chercheront à lutter au moyen du nouveau médicament contre cette affection, jusqu'ici presque sans ressources. Tout ce que nous dirons ici ne pourra rien contre cette situation. Mais ce que nous pouvons faire, c'est de chercher à déterminer autant que possible le meilleur mode d'administration du curare, pour rendre moins dangereux le maniement de cette arme à deux tranchants.

Disons d'abord qu'on a désigné à tort sous le nom général de curare une foule de poisons divers d'origine et de propriétés, et même plusieurs venins de crapauds ou de serpents. Les végétaux ou les animaux de l'Amérique du Sud diffèrent entièrement de ceux de l'Afrique et de la Malaisie. On ne sait à peu près rien sur le poison des Indes orientales, celui dont se servent les nègres du Soudan est aussi dangereux, au dire de Clapperton et du major Denham, lorsqu'on le prend à l'intérieur que lorsqu'on l'introduit dans les plaies ; on l'extrait des graines d'un arbuste nommé *kongkonie*, et il diffère par conséquent sous tous les rapports du poison des sauvages de l'Amérique. Ceux-ci même ont, suivant le pays, diverses espèces de poisons. Les Caraïbes se servaient du suc du mancenillier, végétal lactescent, sur lequel on a débité beaucoup de fables (Pauw, *Recherches sur les Américains*, t. II, p. 239, Berlin, 1770, in-12). M. Roulin parle d'une peuplade qui envenime des flèches de chasse avec du suc de crapaud (Bernard, *Leçons sur les substances toxiques*, 1856, p. 255). Enfin, le curare proprement dit, le seul dont on ait étudié les propriétés, le seul qu'il soit par conséquent permis d'employer, provient de l'écorce d'une liane sur laquelle M. Bouvier nous a donné des renseignements. D'après M. Reynoso, c'est cette substance seule qui doit conserver le nom de curare ; et il serait d'une haute imprudence d'employer les autres poisons que je viens d'indiquer avant de les avoir soumis à une expérimentation régulière.

Mais ce curare même, ce curare proprement dit, préparé par les sauvages de l'Amazone et de l'Orénoque, est-il assez fixe dans sa com-

position pour qu'on puisse le faire entrer sans trembler dans la thérapeutique? Bien loin de là. Il paraît bien certain que dans toutes les peuplades où on le prépare, on emploie, comme matière première, le même végétal. Mais la nature et la proportion relative des substances accessoires qu'on ajoute à la préparation pour lui donner de la consistance, varient considérablement. Ici on y mêle du sang, là des fourmis écrasées, ailleurs des crochets de serpents, etc. Les recettes sont donc très-variables; et parmi les voyageurs qui ont assisté à la préparation dans des régions différentes, il n'en est pas deux qui soient parfaitement d'accord. Il en résulte que la partie active du curare est plus ou moins abondante, que le poison proprement dit est plus ou moins concentré, et les différences d'action qui en résultent sont effrayantes. Suivant M. Goudot, il faut de 12 à 18 flèches empoisonnées pour tuer un ours, et l'ours des Cordillères est moins grand que notre ours brun (Bernard, *loco citato*, p. 251). Mais Watterton a tué un bœuf de 500 kilogrammes avec trois flèches à sanglier. Le poison commença à agir au bout de quatre minutes, et au bout de vingt-cinq l'animal était mort. Une ânesse, frappée d'une seule flèche, tomba bientôt comme morte; on la rappela toutefois à la vie au moyen de la respiration artificielle (Ferdinand Denis, *le Brésil*, Paris, 1837, in-8°, p. 312). Le même Watterton a vu dans une chasse un sanglier frappé d'une seule flèche aller tomber mort à 170 pas. Enfin, ce voyageur a connu un Indien Arrowack, qui avait vu quatre ans auparavant un de ses compagnons de chasse mourir quelques minutes après s'être blessé au bras avec sa propre flèche (Bernard, *loco citato*, p. 269, 270). Voilà donc une substance dont l'activité peut varier de 1 à 18. Peut-on admettre dans la matière médicale une préparation aussi variable, aussi perfide que celle-là?

Je disais à un de mes collègues, en sortant de la dernière séance, que le curare ne pourrait entrer dans la thérapeutique régulière que lorsque les chimistes en auraient extrait un principe immédiat d'une composition bien déterminée. J'ai appris depuis que ce vœu était accompli depuis longtemps. La *curarine* existe, elle a été isolée, suivant des procédés différents, d'abord par MM. Boussingault et Roulin, puis par Pelletier et Petroz, et enfin par M. Trapp, de Saint-Pétersbourg, qui s'est servi du procédé de M. Boussingault. C'est un alcaloïde, comme la strychnine, avec laquelle elle a de nombreuses analogies chimiques; mais elle ne cristallise pas. Elle se prend en masse solide, transparente, d'un jaune pâle et d'une apparence cornée. Elle est extrêmement amère, rougit le curcuma, ramène au bleu le tournesol rougi par

un acide, et forme des sulfates, des chlorhydrates, des acétates bien déterminés, quoique incristallisables. D'autres réactions ont été indiquées par M. Pelikan, d'après M. Trapp. M. Pelikan s'est assuré que la curarine possède toutes les propriétés actives du curare (Académie des sciences, 10 mars 1857). Il est probable même qu'elle les possède au maximum sous des doses très-petites. Mais ces doses n'ont pas encore été étudiées. Le curare en nature s'obtient difficilement, et il faut en sacrifier une notable quantité pour obtenir un peu de curarine. Voilà pourquoi cet alcaloïde a été jusqu'ici si peu manié par les physiologistes, qui, du reste, pouvaient aisément s'en passer pour le but qu'ils se proposaient. Aujourd'hui la question change de face: les besoins de la thérapeutique ne sont pas les mêmes que ceux de la physiologie ; il faudra donc à tout prix extraire la curarine, l'étudier sur les animaux, en calculer les doses, et c'est alors seulement qu'on pourra procéder avec quelque sécurité sur les hommes atteints de tétanos.

Mais jusque-là il y aura des tétaniques, et on les traitera probablement par le curare. Voyons donc ce que l'état actuel de nos connaissances nous permet de dire sur la direction à donner à ce nouveau traitement. Et d'abord faut-il appliquer le curare sur les plaies, ou l'administrer à l'intérieur? Le premier mode, exigeant des doses beaucoup moindres d'une substance encore très-rare, semble à première vue bien préférable au second; et pourtant je n'hésite pas à dire qu'il est plein d'incertitudes et de dangers. On sait à peu près ce qu'absorbe une petite plaie toute récente et saignante; mais sait-on ce qu'absorbera une plaie datant de trois ou quatre jours, une plaie de deux ou trois semaines, couverte de bourgeons charnus ; une plaie enflammée, une plaie grise, une plaie contuse, etc.? Tout cela est radicalement inconnu. Il est possible qu'une surface couverte de bourgeons charnus absorbe dix ou vingt fois plus lentement qu'une plaie ouverte depuis la veille. N'oublions pas d'ailleurs les remarques de Fontana sur l'inégale aptitude des divers tissus à l'absorption du curare; souvenons-nous de ces animaux qui pouvaient supporter une certaine dose de curare dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui succombaient promptement quand la même dose était appliquée sur les muscles. Or on ne connaît pas toujours exactement la profondeur et le trajet d'une plaie ; on ne sait pas si le curare rencontrera du tissu cellulaire, du tissu musculaire ou des aponévroses. Les indications varient donc à chaque cas particulier. S'il s'agissait d'une substance peu active, l'inconvénient serait assez minime; mais il s'agit d'un des poisons les plus énergiques, à qui on demande de produire l'effet qui précède immédiatement

la mort, et il est impossible de remettre l'absorption de ce poison entre les mains du hasard.

L'application sur la surface des vésicatoires, employée par M. Vella, et l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, choisie par M. Vulpian, échappent à ces objections ; et s'il fallait se décider pour l'application externe, c'est certainement à ce dernier mode que je donnerais la préférence, Mais il y a une objection qui plane à la fois sur tous les procédés qui précèdent. En s'adressant à des tissus où le curare s'absorbe rapidement, on se condamne par là même à employer des doses très-petites ; puis, comme l'élimination du poison est rapide et que les effets produits sont très-passagers, il faut renouveler de temps en temps l'application du curare. Or, quelle sera la durée des intervalles entre deux applications? Si ces intervalles sont trop longs, on laissera au tétanos le temps de reprendre sa marche : s'ils sont trop courts, on courra risque d'empoisonner le malade en lui donnant une nouvelle dose avant que la précédente soit éliminée. Enfin, il est bien évident qu'il y a un grand danger à faire absorber rapidement une substance aussi active que le curare, surtout lorsqu'on peut obtenir les mêmes effets à la faveur d'une absorption plus lente, mais continue ; et, pour ma part, si j'avais à traiter un tétanique, c'est par l'estomac que je lui administrerais le curare, à moins que l'asphyxie imminente ne me forçât à recourir à la méthode plus rapide de l'inoculation.

J'ai dit que le curare agit de la même manière, quel que soit le mode d'administration que l'on choisisse, pourvu qu'on emploie des doses en rapport avec l'aptitude particulière des diverses voies d'absorption. Ceci demande quelques mots d'explication. De quelque manière que l'on procède, il y a toujours une dose capable de produire la paralysie des extrémités nerveuses ; mais ce résultat s'obtient avec plus ou moins de rapidité. Par l'estomac, les effets ne se manifestent qu'au bout d'une demi-heure ou d'une heure, à moins que la dose ne soit excessive ; ils surviennent graduellement, de telle sorte qu'on peut en surveiller le développement. Enfin on possède un moyen de les atténuer en quelque sorte à volonté, soit en faisant vomir le malade, soit en lui faisant avaler ou en lui injectant dans l'œsophage, par la bouche ou par les narines, une certaine quantité de matières alimentaires ; le travail de la digestion, comme on sait, oppose un obstacle très-grand à l'absorption du curare. A la suite de l'application du poison sur les plaies, on est privé de toutes ces ressources, et si l'effet obtenu dépasse le but, on ne peut opposer à la paralysie des muscles

respirateurs que le moyen extrême de la respiration artificielle.

Je pense donc qu'il est préférable d'administrer le curare par les voies digestives, et quoique cette conclusion soit presque entièrement théorique, elle paraît assez probable pour être prise en considération.

Reste la question des doses. C'est la plus importante et malheureusement la plus douteuse. Dans la plupart des expériences faites sur les animaux, les auteurs n'ont précisé ni la quantité de curare ni le poids des animaux ; ces expériences ne peuvent donc nous donner le moindre renseignement. Les autres sont en bien petit nombre, et les inductions que nous en pourrons tirer sont fort incertaines, parce que la susceptibilité à l'action des divers poisons varie suivant les espèces ; elle n'est pas toujours la même chez les animaux de même taille ; chez les animaux de taille différente, elle est loin d'être proportionnelle à leur poids. On a cru remarquer qu'en général les doses qui peuvent être tolérées sont plus considérables, par rapport au poids de l'animal, dans les petites espèces que dans les grandes. Il est donc bien entendu que dans l'administration des doses chez l'homme, il faudra se tenir bien au-dessous des limites approximatives qui vont résulter de nos calculs.

Je laisse de côté tout ce qui est relatif à l'injection directe du curare dans les vaisseaux, ce mode d'administration n'ayant pas été et ne devant pas être employé chez l'homme, à cause de l'instantanéité presque foudroyante des effets qu'il produit. Je ne m'occuperai donc que de l'inoculation du curare dans une plaie *fraîche* et de l'introduction de ce poison dans l'estomac.

I. *Méthode par inoculation.* — A la suite d'une série d'expériences très-rigoureuses, Fontana reconnut qu'un centième de grain, c'est-à-dire un demi-milligramme de curare, appliqué sur les muscles des cochons d'Inde, était la première dose qui produisait la mort ; les animaux ne mouraient même pas tous, mais tous présentaient des symptômes d'empoisonnement. En comparant le poids moyen des cochons d'Inde, qu'on peut évaluer à un demi-kilogr., au poids d'un homme robuste de 75 kilogr., on arrive à cette conclusion approximative que la dose de curare chez l'homme ne devrait pas dépasser, pour chaque inoculation, 75 milligrammes. (Fontana, t. II, p. 95.)

Deux expériences de M. Vulpian, récemment publiées dans la *Gazette hebdomadaire* (1859, p. 596), nous conduisent à une limite sensiblement plus élevée.

1° Chien de 10 kilogrammes. Inoculation de 2 centigr. de curare dans le tissu cellulaire sous-cutané. Empoisonnement presque mortel ;

l'animal, laissé comme mort au bout d'une heure, se rétablit cependant peu à peu, et est tout à fait guéri au bout de cent cinq minutes. (On voit par là combien est passagère l'action du curare inoculé lorsque les animaux en réchappent.) Il est clair que quelques milligrammes de plus auraient produit la mort sans rémission. 2 centigrammes pour un animal de 10 kilogrammes représenteraient 15 centigrammes pour un animal de 75 kilogr.

2° Chien de 25 kilogrammes, ayant déjà résisté non sans accidents sérieux à une dose de 2 centigr. Trois heures après, on lui inocule une dose de 5 centigr.; il tombe au bout de onze minutes et meurt à la trentième minute. Cette dose de 5 centigr. représenterait 15 centigr. pour un animal du poids de 75 kilogr.

N'en concluons pas qu'on puisse approcher chez l'homme de la dose de 15 centigr. Il faudra rester bien au-dessous, et je considérerais comme une imprudence de s'élever au delà de 5 centigr. par inoculation. On a vu d'ailleurs que chez le deuxième chien de M. Vulpian la dose de 2 centigr. (soit 6 centigr. pour l'homme) avait, sans déterminer la mort, produit un relâchement musculaire passager, et c'est cet effet qu'on se propose d'obtenir chez les tétaniques.

L'intervalle qui sépare deux inoculations de 5 centigr. paraît devoir être de deux heures au moins ; c'est au bout de ce temps que l'action nerveuse se rétablit ordinairement chez les animaux qui ne succombent pas. La durée des intervalles devra varier au surplus avec l'intensité des doses, et je préférerais pour ma part des inoculations plus légères et plus rapprochées.

II. *Administration du curare à l'intérieur.* — Il résulte de beaucoup d'expériences de Fontana (p. 90) que les lapins à jeun meurent en moins de trente-cinq minutes après avoir avalé 15 centigr. de curare. Il n'a pas pesé ces animaux, mais on peut admettre qu'un lapin pèse en moyenne 2 1/2 kilogr.; et en ramenant ce poids à celui d'un homme, on trouve que la dose mortelle pour celui-ci serait environ de 4 grammes.

MM. Martin-Magron et Buisson ont vu que 2 centigr. de curare à l'intérieur tuent au bout de deux ou trois heures les jeunes cochons d'Inde en pleine digestion. (*Journal de physiologie*, 1859, p. 588, expérience 28.) En admettant que les jeunes cochons d'Inde pèsent 250 grammes, cette dose mortelle de 2 centigr. représenterait 6 gr. pour un animal du poids de l'homme. Mais il s'agit d'une dose donnée *pendant la digestion*, et bien plus élevée par conséquent que celle qui tuerait un animal à jeun.

M. Bernard, après avoir reconnu qu'un gramme de curare était sans effet sur un chien en digestion, tua en trois quarts d'heure un chien à jeun en lui faisant avaler 80 centigrammes de ce poison (*loc. cit.*, p. 29). Le poids de l'animal n'est pas indiqué, et on n'en peut rien conclure, puisque le volume des chiens peut varier d'un à dix et même davantage.

Quoi qu'il en soit, la dose de 4 grammes à l'intérieur ne pourrait, chez l'homme, être atteinte sans une haute imprudence ; mais je n'hésiterais pas à administrer par cuillerées une potion de 200 grammes contenant un gramme de curare en dissolution, à des intervalles d'environ une demi-heure, qu'on pourrait, suivant les indications, rendre plus longs ou plus courts. J'ai déjà dit ce qu'il faudrait faire si l'absorption du curare marchait plus rapidement qu'on ne voudrait, et menaçait de produire l'asphyxie par paralysie des muscles respiratoires, et je répète en terminant que, si cette asphyxie survenait, on devrait, quelle que fût la voie par laquelle le curare aurait pénétré dans l'organisme, pratiquer la respiration artificielle au moyen d'un tube introduit dans le larynx. Le curare ne pourrait paralyser les nerfs de la respiration sans paralyser en même temps ceux qui animent les muscles masticateurs, et le cathétérisme des voies aériennes pourrait par conséquent s'exécuter sans obstacle. La respiration artificielle, employée d'abord par Brodie, lui a permis de ressusciter un chat empoisonné par le curare. (Orfila, *Traité de toxicologie*, 1852, tome II, page 629.) Watterton a rappelé à la vie, par le même moyen, une ânesse qu'il fallut maintenir pendant quatre heures sous l'influence du soufflet (Reynoso, *loc. cit.*, p. 48). Enfin, MM. Martin-Magron et Buisson ont reconnu dans leurs expériences l'efficacité de cette ressource. Je ne saurais trop la recommander à l'attention des praticiens qui auront à administrer le curare aux tétaniques.

Le mode d'action de la respiration artificielle se conçoit parfaitement. Le cœur est le seul muscle rouge qui puisse se contracter pendant quelque temps sans l'intervention immédiate du système nerveux. Son action survit par conséquent chez les animaux empoisonnés par le curare à l'action des muscles de la vie de relation. Ce phénomène remarquable, découvert par Fontana chez les animaux à sang froid (*Supplément* du tome II, p. 326), existe aussi, quoique à un moindre degré, chez les animaux à sang chaud. Il suffit donc d'entretenir artificiellement les mouvements de la poitrine, pour que la circulation continue naturellement et pour que l'élimination du curare se fasse graduellement par les urines ; mais il faut pour cela que la dose absorbée ne soit pas trop

considérable, parce que le cœur ne peut pas se passer bien longtemps de l'intervention du système nerveux.

M. VELPEAU désirerait que la curarine, jusqu'à présent étudiée au point de vue chimique, fût étudiée aussi au point de vue physiologique et expérimental, afin qu'on sache à quelle dose cette substance peut être administrée.

Il réclame en faveur de M. Thibaut (de Nantes) la priorité de l'idée d'appliquer le curare au traitement du tétanos chez l'homme, Brodie n'ayant fait que le proposer sous forme dubitative.

M. CHASSAIGNAC désire que la Société se persuade bien que le cas de tétanos qu'il a traité par le curare était un tétanos aigu, et non pas un tétanos intermittent, ainsi que cela a été dit; les accidents ont été progressifs, et ne sont devenus intermittents qu'après l'administration du curare.

M. BOINET, qui avait signalé l'intermittence dans le cas de tétanos traité par M. Chassaignac, déclare que ce phénomène ne s'est montré, en effet, qu'après l'administration du médicament.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société quelques corps étrangers extraits de l'œsophage. L'un est un râtelier dont la chute dans l'œsophage fut soupçonnée d'après le symptôme signalé par M. Legouest; à savoir, l'impossibilité de renverser en arrière le cou du malade. L'autre est un os du tarse d'un mouton, avalé par un vieillard paraplégique qui succomba à un engouement pulmonaire, et dans le rectum duquel on trouva plusieurs phalanges de mouton ou de porc.

M. Chassaignac eut beaucoup de peine à extraire ce dernier os, que néanmoins tous ses instruments explorateurs rencontraient facilement. L'extraction fut faite avec des pinces, instrument que M. Chassaignac regarde comme bien supérieur, pour cette opération, au crochet de Græfe et à tous les autres.

Aux questions posées par M. Deguise sur l'état de l'œsophage à l'autopsie, M. Chassaignac répond qu'au-dessous du cartilage thyroïde l'œsophage présentait une impression correspondante au corps étranger, sans perforation, mais que la paroi trachéale du pharynx offrait une altération voisine de la perforation.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Coup de feu à bout portant. — Destruction du deuxième orteil droit. — Tétanos le dix-septième jour de la blessure. — Emploi du curare administré dans la période la plus aiguë de la maladie. — Guérison.

Par M. Chassaignac.

Le 1er septembre 1859, M. Lemercier (Louis), âgé de vingt-quatre ans, de bonne constitution, ayant le bout de son canon de fusil sur la pointe du pied, lâche la détente et reçoit toute la charge de plomb dans le deuxième orteil du pied droit. Quoique le coup eût fait balle et qu'il eût emporté la totalité du deuxième orteil très-nettement et comme par une amputation faite sans lambeaux, la face dorsale du premier orteil a subi une abrasion longitudinale, et la base du troisième orteil présente à sa face dorsale une coupe oblique de la peau de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Cette dernière abrasion a été dès le moment de la blessure et jusqu'à l'époque de la cicatrisation le siége d'une sensibilité très-vive.

La blessure, pansée d'abord simplement, n'a rien offert d'extraordinaire jusqu'au douzième jour de la maladie, époque à laquelle le docteur Tahère, médecin de Saint-Cloud, ayant été appelé près du blessé, le trouva dans d'assez bonnes conditions pour permettre qu'on le transportât de Poissy à Montmartre, où réside la famille de M. Lemercier.

Le 15 et le 16 septembre, le malade accuse quelques sensations douloureuses vers l'articulation temporo-maxillaire droite; il se p'aint aussi d'élancements très-vifs dans le pied droit.

M. Tahère prescrit des frictions avec le laudanum à la région temporo-maxillaire, et fait panser la plaie avec un mélange dans lequel entre comme principal agent le chloroforme.

Le 17, le trismus se déclare; la douleur et les élancements s'étendent aux muscles du cou, la déglutition devient difficile, une roideur marquée se fait sentir dans les muscles des parois thoraciques et abdominales.

M. Tahère, habitant Saint-Cloud, et craignant, vu l'aggravation des accidents, de ne pouvoir surveiller d'assez près l'état du malade, prie la famille de lui adjoindre M. le docteur André, de Montmartre.

(Pommade au chloroforme pour frictions à la région temporo-maxillaire, ainsi qu'à la région du cou. Pansement de la plaie avec un

mélange de chloroforme et de baume Tranquille. Potion avec l'extrait thébaïque et le musc.)

Dans la soirée du 17, la rigidité tétanique s'était propagée aux muscles de la partie postérieure du rachis; le docteur André ajoute aux prescriptions du matin la pommade suivante, pour frictions sur la région du dos :

Axonge.	60	grammes.
Laudanum.	4	—
Extrait d'aconit.	1	—

Le 18, aucun amendement. Les douleurs tétaniques sont vives, et de plus la respiration commence à devenir difficile.

MM. Tahère et André prescrivent le curare, mais la difficulté de se procurer cette substance ne permet pas de donner suite à leur prescription.

Le 19, le trismus augmente. Des muscles du cou, la roideur s'est propagée à ceux du thorax; le malade se plaint d'une constriction forte à la poitrine et d'une grande gêne à respirer. Il éprouve, mais seulement par intermittences, des élancements qui s'étendent, dit-il, de la tempe droite jusqu'à la jambe et au pied droit.

Ceci se passait à dix heures.

A trois heures, les accidents augmentent d'intensité. Les mâchoires sont serrées au point de ne plus permettre l'introduction d'un morceau de bois de la grosseur d'une plume à écrire. Le malade crie, cherche à se relever dans son lit, dit qu'il étouffe et qu'on le laisse mourir.

A cinq heures, M. Chassaignac est appelé. Voici quel est l'état du malade à son arrivée :

Décubitus dorsal avec courbure du tronc en avant due à un état d'emprostothonos; facies tétanique au plus haut degré; constriction des ouvertures palpébrales avec semi-occlusion des paupières; plis verticaux intersurciliers très-prononcés; narines largement ouvertes; trismus tellement intense que l'on ne peut qu'à grand'peine faire pénétrer entre les rangées dentaires un morceau de bois taillé en biseau, muni à quelque distance de sa pointe d'une encoche jusqu'à laquelle il est impossible d'atteindre, ce qui nécessite l'emploi de la vis conique; déglutition difficile, rigidité des muscles du cou; les sterno-mastoïdiens sont tendus à la manière de cordes roides; les muscles des parois thoraciques, ainsi que ceux de l'abdomen, sont durs, et le malade, ne respirant qu'à peine, est dans un état d'asphyxie imminente, avec pâleur de la face; il semble à tous les assistants qu'un pareil état ne

pourra se prolonger jusqu'au lendemain sans amener la mort; il n'y a pas eu d'émission d'urine depuis vingt-quatre heures ; mais la région hypogastrique étant sonore, on ne pratique pas le cathétérisme.

Pouls à 70; impossible de compter la respiration, qui est toute diaphragmatique; intégrité des facultés intellectuelles.

Au pied droit, plaie irrégulière, à bords relevés du côté de la plante du pied, résultant de la perte du deuxième orteil; les chairs sont violacées, la suppuration est fétide et la plaie excessivement douloureuse.

D'accord avec mes deux collègues, qui dès la veille avaient prescrit le curare, je conseillai l'emploi des moyens suivants :

1° Julep contenant 10 centigrammes de curare pour 120 grammes de véhicule ;

2° Solution contenant 20 centigrammes de curare pour 200 grammes d'eau distillée;

3° Deux bouteilles de grès remplies d'eau bouillante et appliquées sur les parties latérales de la poitrine.

Les médicaments furent pris chez MM. Mialhe et Grassi, et administrés ainsi :

Toutes les deux heures une grande cuillerée de julep , et une application sur la plaie de la solution au moyen de charpie suffisamment imbibée.

A sept heures du soir, on donna la première cuillerée, et la première application fut faite sur la plaie.

Vers la huitième heure de cette médication, c'est-à-dire à trois heures de la nuit, le malade dit à son frère , veillant près de lui, que le morceau de bois placé entre les mâchoires pénètre plus facilement et que la respiration se fait mieux.

Le lendemain à dix heures, MM. Tahère, André et Chassaignac constatent ce qui suit :

Le facies est meilleur; la constriction des paupières a diminué, ainsi que le trismus ; les rangées dentaires peuvent recevoir entre elles un morceau de bois plus volumineux que celui de la veille; la déglutition se fait mieux, la contracture des muscles du cou a diminué; l'oppression a disparu ; les élancements de la région temporo-maxillaire sont moins fréquents; les urines, supprimées depuis trente-six heures , ont reparu sans le secours de la sonde; la plaie , devenue moins douloureuse , présente un commencement de teinte rosée et une fétidité moindre.

Le 21, le malade a dormi à plusieurs reprises; la rigidité tétanique a diminué presque sur tous les points, excepté sur les parties latérales

de la poitrine et à la partie antérieure de l'abdomen ; le ventre est d'une extrême dureté; toutefois le décubitus, qui jusque-là avait été forcément dorsal, a changé plusieurs fois, le malade ayant pu se coucher alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche.

La plaie, beaucoup moins douloureuse, offre un meilleur aspect et se couvre de bourgeons charnus de bonne nature.

La potion au curare à 10 centigrammes est continuée. La solution pour le pansement est portée de 20 centigrammes à 30.

Chaque jour la quantité totale des deux fioles est employée intégralement.

Le 22, même état. La respiration se fait assez bien, malgré la rigidité des muscles thoraciques et abdominaux; le tronc ne peut être ployé ; la position assise est impossible, le corps étant tout d'une pièce. Les jambes ont conservé la liberté de leurs mouvements.

Bon aspect de la plaie. Même prescription que la veille.

Le 23, le trismus a encore diminué; persistance de quelques plis intersurciliers, surtout au moment des crises douloureuses; langue nette et humide; pas de selles depuis une purgation qui avait eu lieu une semaine auparavant; le malade a uriné deux fois; des deux sterno-mastoïdiens, celui du côté droit conserve seul de la rigidité; la respiration a cessé d'être douloureuse; pouls à 70. Rigidité des muscles adducteurs de la cuisse droite. Même prescription.

Le 24, aucun progrès depuis hier. Du reste, pas d'accidents nouveaux.

Retour au décubitus dorsal non interrompu; tension des sterno-mastoïdiens à un degré à peu près égal d'un côté et de l'autre. Sensibilité beaucoup plus vive de la plaie et des orteils. Même prescription.

Le 25, aggravation nouvelle des accidents tétaniques. Le curare est porté à la dose de 55 centigrammes en vingt-quatre heures; 15 centigrammes dans la potion, 40 dans la lotion de 200 grammes d'eau.

Le 26, la nuit a été mauvaise. Les contractions tétaniques ont été fortes et douloureuses; elles ont reparu dans les sterno-mastoïdiens, dans les muscles du thorax et de l'abdomen, et dans les adducteurs fémoraux du membre blessé.

Le curare est porté à 40 centigrammes en application externe et à 15 centigrammes dans la potion.

Le 26 septembre, à dix heures du matin, pouls à 70. Disparition des plis intersurciliers, sterno-mastoïdiens flexibles; mouvements de rotation de la tête plus souples qu'ils ne l'ont été encore jusqu'ici; détente

marquée des muscles de l'abdomen et des grands pectoraux ; les adducteurs de la cuisse droite n'offrent plus de rigidité ; le malade peut lever spontanément le membre blessé, ce qui n'avait pas encore lieu hier. Le malade boit à la tasse ; jusque-là il n'avalait qu'au moyen de la cuiller ou du biberon.

Lavement laxatif, qui a provoqué une selle. Urines faciles. Eruption papuleuse sur la partie antérieure de la poitrine et sur les membres. Les crampes ont complétement cessé. Même prescription.

Le 27, légère recrudescence de l'état tétanique. Les sterno-mastoïdiens, ainsi que les muscles du thorax, conservent leur souplesse ; mais les muscles abdominaux ont repris un peu de roideur. Pas de rigidité dans le membre blessé. Pas de difficulté respiratoire ni de dysphagie ; il y a eu du sommeil cette nuit. Sueurs abondantes. Bouillons. Curare aux mêmes doses.

Le 28, amélioration depuis hier. Encore un peu de trismus. Le décubitus dorsal persiste quand le malade est abandonné à lui-même ; mais moyennant un peu d'aide, il prend le décubitus latéral.

Craignant que la solution externe n'ait perdu de son efficacité par suite de la cicatrisation déjà très-avancée de la plaie, on porte à 20 centigrammes la dose de curare en potion.

Les 29 et 30, trismus encore persistant ; un peu de roideur des sterno-mastoïdiens et des grands pectoraux. Pouls à 70, respiration à 24. Sueurs profuses.

Les 1er et 2 octobre, encore un peu de trismus. Plaie presque entièrement cicatrisée. Potion à 25 centigrammes. Diminution des applications externes.

Le 4, le malade se lève, l'appétit se rétablit. La convalescence est franchement déclarée : c'est à peine s'il reste quelques traces du serrement des mâchoires.

Le 7 octobre, guérison complète.

Séance du 26 octobre 1859.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Giraldès, à l'occasion du procès-verbal, demande à faire connaître le résultat de quelques recherches bibliographiques qu'il a faites à l'occasion du curare.

Dans un mémoire intitulé *Experimental researches relatives to corrooal and vao, two new varietats of woorara, the South American arrow poison*, by William A. Hammond, M. D. assist surgeon V. S. army, and S. Weir Mitchell., M. D. lecturer of physiology, mémoire lu à l'Académie des sciences naturelles, section de biologie (*American journal of medical sciences*, july 1859), on trouve les détails suivants :

Le woorara analysé provenait de la Nouvelle-Grenade ; il a été apporté par les docteurs Nuschenberger et Culdwel, de la marine des États-Unis.

Les échantillons analysés comprennent deux espèces :

Woorara, variété de corrooal.

Woorara, variété vao ou bao.

Soumis à l'analyse chimique d'après les procédés indiqués par MM. Boussingault et Roulin, on en retira un alcaloïde, la *corrooalia*, dont les propriétés toxiques sont très-puissantes.

L'analyse chimique a démontré qu'aucun de ces poisons ne contenait de strychnine.

L'analyse microscopique ne décela aucun élément du règne animal.

D'expériences nombreuses sur des grenouilles, des caïmans, des lapins, des chats, des oiseaux, les auteurs déduisent les conclusions suivantes :

1° Que le corrooal diffère de quelques variétés de woorara connues par leurs propriétés chimiques et par leurs réactions physiologiques;

2° Qu'il agit directement sur le cœur au moyen du sang et qu'il arrête l'action de cet organe;

3° Que l'anéantissement des mouvements volontaires et réflexes suit la disparition des mouvements du cœur;

4° Qu'il agit sur le système nerveux de la périphérie au centre, et détruit les fonctions sensoriales et motrices;

5° Qu'il détruit l'irritabilité musculaire;

7° Qu'il est absorbé par le canal intestinal et la peau des grenouilles ;

8° Que son action toxique est due à un alcaloïde qui n'a pas été décrit.

La seconde variété, le bao ou vao, a été soumise à l'analyse chimique et aux réactions physiologiques, expérimenté sur des animaux du même ordre. D'après ces recherches, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° Que le vao à l'état solide, et mieux en solution, est absorbé par le tissu cellulaire des animaux à sang froid ;

2° Qu'il est absorbé par l'estomac, la muqueuse de l'œsophage, du rectum et la peau; la rapidité de son action varie suivant que l'animal est bien ou mal approvisionné d'eau;

3° Les animaux à sang chaud absorbent le vao par l'estomac, les intestins, à jeun; le poison ne produit aucun effet lorsque l'estomac contient des aliments;

6° L'action du vao augmente d'abord la force du cœur sans accroître le nombre des pulsations; ensuite le cœur est paralysé; la paralysie commence par les ventricules, ensuite par les oreillettes; chez les grenouilles, après que l'organe cessait de battre, il obéissait quelque temps à l'action des courants galvaniques;

7° Le vao, chez les animaux à sang chaud, détermine l'arrêt de la respiration par suite de la cessation des mouvements du cœur;

8° Que la respiration artificielle, ne pouvant pas rétablir les mouvements du cœur chez les animaux à sang chaud, démontre bien l'action toxique primitive sur cet organe;

14° Qu'il ne connaît aucun antidote physiologique, y compris la respiration artificielle;

15° Que le vao ressemble au corrooal par sa composition chimique et physique, et par ses réactions physiologiques.

En 1833, dans une leçon imprimée sur le tétanos, John Morgan, chirurgien de l'hôpital de Guy's, à Londres, appelait l'attention de ses élèves sur l'analogie du tétanos avec les spasmes musculaires tétaniques produits par l'action de quelques poisons végétaux. Après leur avoir cité ces expériences avec un poison végétal de l'île de Java, le chetek, dans le but de produire un tétanos artificiel, il s'est demandé s'il ne serait pas possible de trouver un agent produisant des effets diamétralement opposés et pouvant être employé contre le tétanos.

Il ajoute que des expériences instituées à cet effet avec le *ticunas* ou *wourali* lui ont montré que chez les animaux rendus tétaniques le spasme musculaire était détruit lorsqu'on inoculait à l'animal du ticunas ou wourali. Cependant il n'osa pas conseiller cette pratique chez l'homme. « Ne supposez pas, dit-il, que je vous donne le conseil de traiter un tétanique par ce moyen, l'inoculation du wourali; en vous citant mes expériences, je n'ai d'autre but que de vous montrer la possibilité de découvrir plus tard un agent susceptible d'être employé contre cette maladie, et nous espérons que des recherches ultérieures pourront atteindre ce but. » (P. 33.)

A la fin de cette leçon, dans un appendice, il cite deux observations

de tétanos idiopathique observé chez des chevaux, et traité par le professeur Sewell avec le ticunas.

M. DEGUISE ne saurait admettre que le cœur soit paralysé par le curare. Dans des expériences qu'il a faites sur des lapins, il a vu cet organe continuer à battre, et cependant la respiration artificielle a été impuissante pour ranimer les animaux.

M. GIRALDÈS répond que, n'ayant pas d'opinion personnelle à cet égard, il s'est contenté de faire connaître celle de deux auteurs qui ont fait diverses expériences, et, comme on a pu le voir, leurs conclusions sous ce rapport sont formelles. (Le curare paralyse le cœur.) Il faut en outre observer, à propos des flèches avec lesquelles M. Deguise a fait des expériences, qu'elles étaient probablement empoisonnées avec du curare de mauvaise qualité ; car d'autres faits ont montré que, lorsqu'on les avait préparées avec du vrai curare, elles conservaient encore, au bout de trente années, toutes leurs propriétés délétères.

M. DEGUISE. Dans les nouvelles expériences que j'ai faites, et qui m'ont permis de constater que le cœur n'était pas paralysé, j'ai employé du curare qui m'a été remis par M. Cl. Bernard.

M. VERNEUIL. C'est la première fois qu'a lieu au sein de la Société une discussion sur le curare. Autant que personne, je suis ami du progrès, mais je pense que sur une question pareille et encore peu connue, il convient de n'agir qu'avec une grande réserve. On a déjà fait remarquer que, puisque le principe actif du curare avait été obtenu, il fallait se servir exclusivement de la curarine, et je suis très-disposé à partager cette manière de voir.

Mais avant tout, il faudrait s'entendre sur les véritables caractères de la maladie que l'on veut combattre par ce poison ; et la première chose que devrait faire la Société, ce serait de se livrer à une discussion approfondie sur le tétanos lui-même.

Ainsi il y a un tétanos aigu, un tétanos chronique et un tétanos intermittent. Doit-on voir là des degrés d'une seule et même maladie? ou bien doit-on les considérer comme des états pathologiques de nature différente ? Toutes ces questions mériteraient d'être examinées avec un grand soin. Il importe de savoir s'il y a des maladies qui simulent le tétanos.

Dans les ouvrages classiques on trouve quelques exemples de tétanos qui auraient été guéris par des moyens très-divers. Ici, c'est l'opium; là, c'est la belladone; ailleurs, ce sont les bains de va-

peur, etc., etc. Dans tous ces cas a-t-on réellement guéri de véritables tétanos?

Pour la malade dont j'ai déjà parlé, et chez laquelle, à la suite de l'extirpation d'un œil, j'ai vu se développer une maladie que j'ai crue être le tétanos, et qu'un autre confrère a considérée comme telle, je me demande, après l'amélioration obtenue avec le chloroforme, et la guérison définitive un mois après, si mon diagnostic était fondé et si j'ai eu réellement à traiter un tétanos?

M. Brown-Séquard, appelé il y a quelque temps à Londres pour y voir un cas de tétanos, reconnut qu'on avait commis une erreur, et ne constata qu'une contracture musculaire.

Il ne faut pas oublier que le tétanos chronique guérit souvent, et qu il en est de même de celui qu'on appelle spontané, c'est-à-dire qui survient sans cause traumatique.

M. Verneuil n'entend pas d'ailleurs contester l'utilité du curare; mais l'emploi de cet agent pouvant entraîner des dangers, il se demande s'il faudrait y recourir pour un tétanos chronique, que l'on voit souvent guérir avec des moyens beaucoup plus simples? Il ne le pense pas.

— M. HUGUIER, à propos de la récente communication de M. Richard sur l'hermaphrodisme, fait remarquer combien est difficile la détermination du sexe dans certains cas, et combien cependant des données précises sur cette matière seraient utiles au point de vue médico-légal. Il rappelle que notre collègue, en déclarant que tous les prétendus hermaphrodites sont des garçons, a soulevé de nombreuses réclamations au sein de la Société, et que lui-même a parlé d'un fait qui lui paraissait contraire à cette manière de voir.

Il montre les dessins représentant les organes génitaux d'un enfant mort-né qui par sa conformation extérieure semblait appartenir au sexe masculin, tandis que par les organes génitaux internes il était incontestable qu'il fallait le ranger dans le sexe opposé.

A l'extérieur, en effet, on remarque un clitoris considérablement allongé et ayant les apparences d'une verge; au-dessous existent deux bourses séparées par une dépression au fond de laquelle se voit le méat urinaire. Le périnée est remarquable par son étendue. L'anus est à sa place. Dans l'intérieur du bassin, on voit derrière la vessie un utérus bicorne parfaitement reconnaissable. L'ovaire du côté droit existe avec sa forme ordinaire. Il ne manque que le ligament rond du côté gauche. On ne trouve, d'ailleurs, aucun vestige du testicule.

M. HOUEL. Il importe de bien s'entendre sur ce qui caractérise le sexe mâle et le sexe féminin. Pour lui, c'est le testicule et l'ovaire.

Dans le cas de M. Huguier, on retrouve bien la plupart des organes génitaux de la femelle; mais où est la preuve que le corps qui a été considéré comme un ovaire est bien un organe de cette espèce? Tant qu'on ne l'aura pas soumis à un examen microscopique rigoureux, on fera bien de rester dans le doute.

Dans l'observation qu'on doit à M. Follin, le corps que le microscope fit reconnaître pour un testicule avait été pris à la vue pour un ovaire, dont il offrait tous les caractères extérieurs.

M. HUGUIER voudrait savoir si dans le cas publié par M. Follin il y avait un utérus bien développé comme dans le sien?

M. FOLLIN répond que l'utérus existait parfaitement constitué : d'un côté, il y avait un ligament large avec le corps de Rosenmuller; de l'autre, se voyait un petit organe ayant toutes les apparences d'un ovaire, et que le microscope montra être un testicule.

M. HUGUIER. Puisqu'on rencontre en même temps des organes mâles et des organes femelles, pourquoi dire que tous les hermaphrodites sont des mâles? Ne serait-on pas tout aussi bien autorisé à les considérer tous comme des femelles? Dans les cas dont M. Richard nous a parlé, l'autopsie n'a même pas été faite, puisque les individus vivent encore. Le fait de M. Follin ne prouve rien contre l'interprétation que je donne au mien. Qu'on me démontre que ce que je prends pour un ovaire est un testicule!

M. HOUEL. J'ai dit que dans ma manière de voir le testicule ou l'ovaire constituaient le caractère essentiellement distinctif de l'homme et de la femme, et je persiste à croire que c'est par l'examen microscopique seul qu'on peut bien différencier ces deux organes.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° *Eloge d'Amédée Bonnet*, par M. F. Barrier. Lyon, 1859; in-8°.

2° *Observations et remarques sur la rupture de l'ankylose de la hanche*, par le même. Lyon, 1859; in-8°.

3° *Nouvel uréthrotome*, par M. Félix Bron. Lyon, 1859; in-8°.

— M. Bouvier fait hommage à la Société d'un exemplaire de son travail intitulé *De la chorée ou danse de Saint-Guy*. Paris, 1859; in-8°.

— M. Larrey fait don à la Société des 8 derniers volumes des *Mémoires in-4° de l'Académie de médecine*, t. XV à XXII.

— M. le professeur Ried (d'Iéna) écrit à la Société pour la remercier de l'avoir nommé membre correspondant.

— M. le docteur Hervieux, médecin du Bureau central des hôpitaux, adresse à la Société, sous forme de lettre, un travail intitulé *De la suppression de la suppuration à la surface des plaies suppurantes par l'éponge imbibée d'eau chlorurée.* (M. Richet, rapporteur.)

— M. GUERSANT met sous les yeux de la Société un jeune enfant de huit à neuf ans atteint de contracture de la mâchoire à la suite d'une stomatite ulcéreuse.

Cet enfant fit une chute sur la tête il y a deux ans, et fut atteint de méningite pour laquelle on eut recours au calomel. Une stomatite intense suivit l'administration de ce médicament et amena les désordres qu'on peut constater aujourd'hui.

Il est impossible de pénétrer entre la joue du côté droit et les bords alvéolaires correspondants. Des brides nombreuses et résistantes unissent ces parties.

Des tentatives pour écarter les mâchoires ont déjà été faites le malade étant endormi, mais n'ont donné aucun résultat satisfaisant; M. Guersant, dans des cas analogues, a également essayé de couper ces brides, et il n'a pas réussi davantage. Il demande l'avis de ses collègues pour cet enfant, qui parle et mange sans grande difficulté.

M. BOINET, qui vient d'examiner le malade, pense que la difficulté pour écarter les mâchoires tient surtout à une contracture du muscle temporal. Il a positivement constaté de la mobilité dans l'articulation temporo-maxillaire. D'ailleurs, les brides lui paraissant limitées à la partie antérieure, il est d'avis qu'il faut d'abord s'occuper de les détruire.

M. RICHET ne saurait partager cette manière de voir au sujet des brides. Elles ne se tendent pas quand on cherche à écarter les mâchoires. On peut faire glisser un stylet entre la joue et les bords alvéolaires jusqu'au fond de la bouche. D'ailleurs, si on voulait diviser ces brides, on serait fort embarrassé sur la détermination du point sur lequel il faudrait faire agir l'instrument tranchant. Il lui semble bien plus probable qu'il s'agit là d'une contracture du masséter. Il pense en outre que l'articulation temporo-maxillaire est malade, car le condyle de ce côté est moins mobile.

M. BOINET. S'il s'agissait d'une simple contracture musculaire, on rencontrerait un vide entre la joue et les mâchoires, or cela n'existe pas, et l'on constate une soudure anormale. C'est ce qu'on observe quelquefois à la suite de la variole ou de certaines ostéites.

M. RICHET fait observer qu'il n'a pas nié l'existence des adhérences.

M. MICHON. Comme M. Richet, je pense que les brides ne sont pour rien dans l'impossibilité que le petit malade éprouve à écarter les mâchoires, mais je ne crois pas que la contracture existe dans le masséter, qui m'a paru souple ; j'en placerai volontiers le siége dans les muscles ptérygoïdiens. Les ulcérations et l'irritation qui ont longtemps existé près d'eux ont dû produire ce résultat.

Certaines affections cancéreuses de la mâchoire entraînent les mêmes conséquences. Quand, dans ces cas, les malades ne peuvent ouvrir la bouche, j'en conclus que les muscles ptérygoïdiens sont envahis, et je m'abstiens de toute opération : c'est ce que je ferais pour le malade de M. Guersant, quoiqu'il ne s'agisse pas de cancer.

M. RICHET adopte l'opinion que vient d'exposer M. Michon. C'est par oubli qu'il n'a parlé que du masséter ; dans son esprit il faisait jouer un rôle important aux ptérygoïdiens.

Abcès chronique simple du canal médullaire de l'humérus datant de sept ans, traité par la trépanation.

M. BROCA résume rapidement l'histoire des abcès du canal médullaire des os longs. On trouve dans les recueils d'observations du dix-huitième siècle un certain nombre de cas où la trépanation a été pratiquée sur les os longs, principalement sur le tibia, pour évacuer le pus. Il est probable que quelques-uns de ces faits sont relatifs à des abcès simples du canal médullaire ; mais les chirurgiens, convaincus qu'une plaie ou une suppuration des os ne pouvait guérir sans exfoliation, c'est-à-dire sans nécrose, appliquaient après l'opération des topiques destinés à provoquer ou à accélérer cette exfoliation. On voit donc dans toutes ces observations un séquestre se détacher tôt ou tard des parois de la cavité ouverte par le trépan, et on ne peut pas savoir si ces séquestres ont été la cause des abcès ou l'effet du traitement. On ne peut savoir par conséquent si l'abcès était simple ou s'il était symptomatique d'une nécrose profonde. Quoi qu'il en soit, les symptômes propres aux abcès simples du canal médullaire étaient tout à fait inconnus à cette époque, et le premier chirurgien qui les ait décrits, qui en ait indiqué les signes et régularisé le traitement, est notre éminent collègue de Londres M. Benjamin Brodie.

En 1824, M. Brodie se décida à couper la jambe d'un malade qui présentait un gonflement considérable du tibia, accompagné de douleurs intolérables et incoercibles. A l'examen du membre, il reconnut qu'il existait un abcès de l'extrémité inférieure du canal médullaire, et qu'on aurait pu conserver le membre en évacuant le pus au moyen de

la trépanation. Cette leçon ne fut pas perdue pour lui, et quatre ans après, ayant à traiter un cas analogue, avec cette seule différence que le gonflement occupait l'extrémité supérieure du tibia, il osa appliquer en ce point une couronne de trépan, et il eut le bonheur de rencontrer du premier coup un petit abcès contenant environ deux drachmes de pus. L'opéré, dont la maladie datait de dix ans, fut guéri au bout de six mois, et le gonflement du tibia, qui était très-considérable, disparut peu à peu presque entièrement.

Depuis lors, le traitement des abcès chroniques du canal médullaire par la trépanation fut érigé en méthode. En 1846, M. Brodie avait déjà trépané et guéri six malades.

Liston en avait guéri deux autres. En 1856, rédigeant un article sur les abcès des os pour le *Dictionnaire de chirurgie* de M. Costello (*The cyclopedia of practical surgery*, vol. III, article OSTEITIS), M. Broca réunit tous les faits qu'il put trouver dans les recueils, et reconnut avec surprise que l'opération de Brodie n'avait pas encore été pratiquée sur le continent. Les abcès du canal médullaire, étudiés par M. Brodie dans deux mémoires importants, n'avaient pas été l'objet d'une description didactique, et pour combler cette lacune, M. Broca mit en œuvre dix-sept observations cliniques ou anatomo-pathologiques, qui lui permirent d'étudier méthodiquement la physiologie et la pathologie des abcès simples du canal médullaire.

Ces abcès occupent constamment l'une des extrémités du canal médullaire ; ils sont en général peu volumineux, et dépassent rarement le volume d'une amande. Le gonflement considérable qui les accompagne survient graduellement, et il est dû à la formation de couches osseuses sous-périostales, qui à la longue deviennent très-épaisses, très-dures et presque éburnées. La surface de l'os est ordinairement assez lisse. L'abcès est limité par une mince membrane pyogénique, douée sur le vivant d'une sensibilité excessive. La partie adjacente du canal médullaire est oblitérée par une masse de tissu spongieux très-dur et très-serré. Le tissu spongieux de l'épiphyse correspondante est lui-même plus dense et plus dur qu'à l'état normal. La cavité de l'abcès offre des contours réguliers.

Ces diverses lésions existent sur l'extrémité supérieure d'un tibia que M. Broca met sous les yeux de la Société, et qu'il a trouvé à l'École pratique sur un cadavre d'origine inconnue. Cet os est tuméfié dans sa moitié supérieure, et est bien plus lourd et plus dense qu'à l'état normal. Sur la coupe longitudinale qui a été faite à la scie avec beaucoup de difficulté, on voit que l'abcès est situé à 5 centimètres de

la surface articulaire, et qu'il occupe bien réellement l'extrémité du canal médullaire. Il est de forme ovoïde, long de 3 centimètres et large de 15 millimètres.

Au-dessous de lui le canal médullaire est oblitéré par un tissu spongieux très-dur et très-serré, dans une étendue de 7 centimètres. L'abcès est séparé de la surface de l'os par une paroi compacte et épaisse de 14 à 18 millimètres, qu'il aurait fallu traverser pour donner issue au pus. Une mince membrane pyogénique existait sur la pièce fraîche, et séparait l'os du liquide purulent, dont les caractères ont été constatés au microscope.

Les abcès chroniques simples du canal médullaire, dus dans l'origine à une médullite suppurative circonscrite, provoquent ensuite autour d'eux un travail d'ostéite condensante, qui augmente graduellement l'épaisseur et même la dureté des parois de ce canal. L'obstacle qui s'oppose à l'évacuation du pus s'accroît donc sans cesse au lieu de diminuer, de telle sorte que ces abcès peuvent persister un grand nombre d'années (vingt-cinq ans dans un cas) sans se frayer une ouverture, sans se creuser des cloaques, comme le font les abcès symptomatiques de la nécrose.

Cette affection a pour siége de prédilection le tibia (quinze cas sur les dix-sept rassemblés par M. Broca). Elle débute presque toujours entre la douzième et la dix-huitième année, et sur dix-sept malades, il y en avait quinze qui appartenaient au sexe masculin. Les symptômes sont d'abord ceux d'une ostéite profonde, et ne présentent au début rien de bien spécial ; mais peu à peu il survient un gonflement plus ou moins considérable de l'extrémité osseuse, et la douleur toujours croissante ne tarde pas à devenir caractéristique. Cette douleur profonde et térébrante a son siége principal au niveau de l'abcès, et s'irradie souvent dans toute l'étendue de l'os ; elle est rarement continue, presque toujours elle présente des rémissions et même des intermittences complètes revenant par crises irrégulières, dont l'intensité, la fréquence et la durée vont en s'accroissant chaque année ; elle devient souvent excessive, malgré tous les traitements, au point d'empêcher complétement le sommeil pendant plusieurs semaines consécutives, et il est arrivé plusieurs fois que les malades sont venus réclamer à grands cris l'amputation.

A la suite de la trépanation, cette douleur disparaît quelquefois tout à coup ; d'autres fois, elle n'est que diminuée pendant les premiers jours, après quoi elle se dissipe graduellement à mesure que la membrane pyogénique perd sa sensibilité. L'ouverture reste longtemps fis-

tuleuse, et ne se referme ordinairement qu'au bout de cinq ou six mois.

Enfin le gonflement du squelette se dissipe en grande partie, ce qui est dû à la résorption partielle des couches osseuses nouvelles, dont la formation avait été provoquée par la présence du pus.

Tels sont les principaux résultats des recherches que M. Broca a consignées en 1856 dans son travail sur les abcès chroniques simples du canal médullaire. Grâce à cette étude particulière d'une affection fort rare, qui n'a pas encore trouvé place dans nos traités classiques, il a pu établir un diagnostic exact et un traitement convenable dans le cas suivant, qu'il communique aujourd'hui à la Société.

Observation. — Le 24 septembre dernier, dit-il, pendant mon séjour à Sainte-Foy, j'ai été consulté par M. L..., aubergiste au bourg de Gardonne, pour une affection de l'humérus dont le début remontait à douze années.

C'est un homme âgé de trente ans, d'une stature herculéenne, d'une constitution excellente, mais arrivé, par suite des douleurs presque continuelles qui le tourmentent depuis plusieurs années, à un état de maigreur très-prononcé. Sa poitrine est parfaitement saine. Il est exempt d'antécédents de scrofule, de tubercules et de syphilis.

Au mois de février 1847, par un froid très vif et par un temps de neige, M. L..., alors âgé de dix-huit ans, fit un soir, en courant presque continuellement, un trajet de 9 kilomètres. En arrivant, il était tout trempé de sueur, et, sans avoir le temps de changer de linge, il prit part à un festin qui dura plusieurs heures. Il eut grand froid pendant le repas; le soir même, il fut pris de frisson et de fièvre, fut obligé de s'aliter le lendemain, et pendant douze jours on le crut menacé de fièvre typhoïde. Au bout de ce temps, le bras droit devint le siége d'une tuméfaction considérable, accompagnée d'une vive douleur. Trois ou quatre jours après, il devint nécessaire de pratiquer sur la partie externe et moyenne de ce membre une longue incision, qui suppura très-longtemps. On ne tarda pas à reconnaître que l'os était à nu, et depuis lors l'humérus a toujours été malade.

Dans le courant de l'année 1847, l'incision du bras se referma, mais la partie inférieure de l'humérus, près du coude, se tuméfia, et il se forma près de l'olécrâne deux abcès qui s'ouvrirent, restèrent plusieurs mois fistuleux, et laissèrent échapper chacun une lamelle d'os large et épaisse comme un ongle. Lorsque les ouvertures furent refermées, le coude était définitivement ankylosé à angle droit.

Depuis lors, onze ans se sont écoulés sans qu'il se soit formé de

nouvel abcès extérieur dans la moitié inférieure de l'humérus. Mais, il y a un peu plus de sept ans, en 1852, trois abcès s'ouvrirent à la partie supérieure du bras : l'un en dedans, près de l'insertion du grand pectoral; les deux autres en dehors et en avant, vers l'insertion du deltoïde. Il sortit d'abord par les deux ouvertures inférieures plusieurs petites esquilles; puis un jour, en tirant sur une pointe osseuse qui faisait saillie, le chirurgien amena à l'extérieur un séquestre comprenant près de la moitié supérieure du corps de l'humérus (environ 12 centimètres). En très-peu de temps les ouvertures se cicatrisèrent; un os nouveau, aujourd'hui très-solide et presque régulier, maintint la longueur du membre. Le malade put se croire guéri, si ce n'est que le coude était toujours ankylosé, et que l'articulation scapulo-humérale était un peu roide; elle l'est encore, quoiqu'elle permette des mouvements assez étendus.

Aucun abcès ne s'est montré à l'extérieur depuis cette époque, c'est-à-dire pendant les sept années qui viennent de s'écouler. Mais très-peu de temps après la cicatrisation des fistules de la partie supérieure du bras, il survint dans le tiers inférieur de l'humérus, en un point qui n'a pas varié, une douleur assez vive, accompagnée d'un gonflement léger de la moitié inférieure de l'os. On pouvait croire que cette moitié inférieure allait se nécroser comme la supérieure; pourtant il n'en fut rien.

Les douleurs disparaissaient tout à fait de temps en temps, puis reparaissaient après un intervalle variable, et duraient plusieurs semaines. Dans ces dernières années, les crises devinrent plus vives, plus fréquentes et plus longues. M. le docteur Giroux, de Gardonne, vit pour la première fois le malade il y a trois ans. Il a remarqué que, quand la douleur s'exaspérait, la peau de la région externe et postérieure de la partie inférieure du bras devenait lisse et tendue, quelquefois légèrement colorée, avec empâtement des tissus subjacents; il a cru plusieurs fois qu'il allait se former un abcès, mais la résolution s'est toujours opérée sans qu'on ait pu trouver nulle part la moindre fluctuation. Apres la résolution, le volume de l'os paraissait un peu accru, et M. Giroux déclare aujourd'hui que ce volume est notablement plus considérable qu'il y a trois ans.

Cependant les douleurs s'accroissaient à chaque crise nouvelle sans que rien pût les calmer. Depuis deux ans, il n'y a pas eu de rémission complète; les crises sont devenues insupportables, et plus d'une fois le malade a été privé de sommeil pendant plus d'une semaine.

Le 24 septembre, le malade me fut présenté par son ami M. Festal,

vétérinaire à Gardonne; il était pâle, amaigri, et exténué par la douleur qui était continuelle; il y avait plus de vingt jours qu'il n'avait dormi, et venait me prier de lui pratiquer l'amputation.

L'extrémité supérieure de l'humérus droit, constituée par un os nouveau, était d'ailleurs saine, et à peine plus grosse que du côté opposé. A partir de l'insertion du deltoïde, le corps de l'humérus se renflait graduellement jusqu'au pli du coude. Le point où la douleur avait son centre était situé à environ 8 centimètres au-dessous de la ligne articulaire du coude ankylosé. A ce niveau, la diaphyse de l'os paraissait avoir 7 ou 8 centimètres de diamètre. La pression sur ce point n'était nullement douloureuse, quoique les chairs fussent quelque peu engorgées. Les mouvements du bras et de la main n'étaient pas douloureux non plus. La douleur était profonde, et le malade annonçait lui-même qu'elle résidait au centre de l'os.

Dans toute autre circonstance, avec de pareils symptômes, je n'aurais pas hésité à diagnostiquer un abcès simple du canal médullaire de l'humérus. Mais je ne pouvais oublier que, onze ans auparavant, deux esquilles s'étaient détachées de l'extrémité inférieure de cet os, près de l'olécrâne, et que cinq ans après une grande nécrose avait détruit toute la partie supérieure de la diaphyse. Il y avait donc eu, à deux reprises différentes, un travail de mortification, tant au-dessus qu'au-dessous de la partie actuellement malade, et je dus me demander s'il ne s'agissait pas simplement d'un séquestre invaginé, dû à la récidive, ou plutôt à la continuation de la première maladie, comme on n'a que trop souvent l'occasion de l'observer. Mais depuis sept ans que duraient les nouveaux symptômes, ce séquestre aurait eu, et bien au delà, le temps de devenir libre, et le travail d'élimination aurait dû presque nécessairement entraîner la formation de cloaques et d'abcès extérieurs. Or, il n'y avait à ce niveau aucune cicatrice, et le malade affirmait que depuis sept ans il ne s'était produit chez lui aucune suppuration appréciable. En outre, l'intensité extraordinaire de la douleur, la rémission et les exacerbations qu'elle avait présentées, étaient tellement en désaccord avec les symptômes ordinaires de la nécrose, et contrastaient d'une manière si frappante avec la marche indolente des anciennes nécroses du même malade, que la maladie actuelle me parut tout à fait différente de la première.

Je diagnostiquai donc un abcès simple du canal médullaire de l'humérus; je proposai l'opération de la trépanation, et le malade, qui avait fait d'avance le sacrifice de son membre, accepta avec empressement ma proposition.

Par malheur je n'avais pas ma boîte de trépan, et j'étais trop loin de Paris et trop rapproché de mon départ pour avoir le temps de me procurer des instruments chirurgicaux. Je m'armai donc d'une grosse vrille de charpentier de 8 millimètres de diamètre. Puis, comme je n'ignorais pas que j'avais à traverser une couche très-épaisse d'un tissu osseux très-dur et très-compacte, craignant que ma grosse vrille ne pût pénétrer sans s'émousser, je pris pour lui faire la voie une petite vrille connue sous le nom d'*avant-clou*. Je mets sous vos yeux ces deux instruments. Pour compléter mon arsenal improvisé, j'y joignis un ciseau plat d'armurier et un maillet de bois.

Le 27 septembre 1859, à trois heures de l'après-midi, je me rendis à Gardanne et je procédai à l'opération avec le concours de MM. les docteurs Broca père, Boymier, Duplais et Giroux. Le malade fut soumis à l'inhalation du chloroforme et maintenu endormi pendant tout le temps de l'opération, qui dura près de trois quarts d'heure.

Je fis d'abord à la partie postéro-externe du bras une incision longitudinale de 8 centimètres, descendant jusqu'à 5 centimètres environ de l'articulation du coude. L'incision pénétra jusqu'à l'os à travers une couche de tissus indurés et de muscles lardacés, épaisse de 1 centimètre et demi. Je voulus, au fond de cette plaie, détacher le périoste avec la sonde cannelée ; il était trop adhérent, et je dus transformer en rugine l'extrémité d'un bistouri.

Le sang coulait en abondance ; je liai deux artérioles, mais l'hémorrhagie continua en nappe. Je pris lo parti de tamponner la plaie avec le perchlorure de fer pour ne pas être gêné par le sang pendant la trépanation. L'écoulement de sang étant en grande partie tari, je pus examiner la surface de l'os ; elle était blanche, presque lisse, et très compacte. J'eus un instant la crainte que la dureté presque éburnée de l'os ne résistât à l'action des instruments défectueux dont j'étais armé, et je dus me résoudre à procéder avec une grande lenteur pour éviter de casser mes vrilles, dont il m'eût été ensuite presque impossible de retirer le fragment terminal.

Je savais que les abcès du canal médullaire sont toujours très-petits et quelquefois moins gros qu'une amande, et je ne pouvais guère espérer de rencontrer du premier coup la cavité de l'abcès avec des instruments d'un petit diamètre. En outre, j'étais privé d'un point de repère fort précieux en pareil cas ; le coude était ankylosé, et je ne pouvais déterminer avec exactitude le niveau de la ligne articulaire ; la situation de l'extrémité inférieure du canal médullaire, que je cherchais, ne pouvait donc être reconnue par des moyens anatomiques

précis. Je résolus donc de faire successivement de bas en haut plusieurs perforations successives, situées à 2 centimètres de distance les unes des autres. Je me proposais de faire ainsi, au besoin, jusqu'à trois perforations ; si aucune d'elles n'avait rencontré l'abcès, j'aurais fait sauter au ciseau les ponts intermédiaires ; enfin, si le pus n'était pas venu, j'aurais confié à la nature le soin de l'évacuer consécutivement.

Je fis le premier trou à environ 2 centimètres de l'extrémité inférieure de mon incision, c'est-à-dire à 6 centimètres du niveau présumé de la ligne articulaire du coude ankylosé. La petite vrille pénétra très-difficilement, et, pour faire avancer la grosse, je dus employer une grande force. J'étais obligé de retirer souvent mon instrument, parce qu'il s'échauffait beaucoup, malgré le contact du sang. Arrivé à une profondeur d'un demi-centimètre, la résistance diminua un peu ; enfin je pénétrai dans un tissu spongieux très-dense, dont je retrouvai quelques fragments reconnaissables dans la cuiller de la vrille. A 4 centimètres je m'arrêtai. Il était clair que j'avais manqué l'abcès. Je recommençai donc à 2 centimètres plus haut.

Je parvins de nouveau, avec la même lenteur et la même difficulté, à une profondeur de 2 centimètres et demi. Je sentis alors la résistance diminuer, et je retirai la vrille ; mais il ne s'écoula que du sang. Il y avait dans la cuiller un peu de tissu spongieux, et je me demandais déjà s'il fallait creuser davantage ou passer à la troisième perforation, lorsque mon père s'écria tout à coup qu'il voyait le pus ; on apercevait, en effet, une strie blanche sur le sang. Je pénétrai aussitôt dans le foyer avec une sonde cannelée, et j'eus la satisfaction de voir s'écouler une quantité de pus que nous évaluâmes au volume d'une amande. J'étais soulagé d'un grand poids.

En explorant avec un stylet recourbé la cavité de l'abcès, je reconnus que je n'avais atteint que la partie la plus inférieure de cette cavité, qui se prolongeait au-dessus de ma dernière perforation dans une étendue d'environ 2 centimètres. Il me parut nécessaire d'ouvrir au pus une voie plus large et plus directe. Je fis donc avec une grosse vrille une troisième perforation, située à 1 centimètre au-dessus de la seconde; puis je fis sauter avec le maillet et le ciseau les ponts intermédiaires. J'obtins ainsi une gouttière étroite et profonde qui aboutissait à l'abcès. Je l'élargis ensuite au ciseau jusqu'à ce qu'elle eût 1 centimètre de large, et je pus alors introduire le petit doigt dans le foyer purulent, qui était très-régulier, elliptique, long de plus de 2 centimètres, large d'environ un demi, et tapissé intérieurement

d'une membrane lisse ; cette membrane était douée d'une sensibilité extraordinaire. Quoique le malade fût encore endormi et insensible partout ailleurs, le moindre attouchement sur cette membrane provoquait des cris et des mouvements dont il n'a du reste gardé aucun souvenir. En explorant la cavité soit avec le doigt, soit avec la sonde, nous nous assurâmes qu'il n'y avait aucune dénudation , aucune anfractuosité, aucune trace de carie ou de nécrose. Notre abcès était par conséquent un abcès chronique simple du canal médullaire. Il était séparé de la surface de l'os par une couche compacte épaisse de 16 millimètres. Je vous présente le pont osseux qui existait entre la deuxième et la troisième perforation, et que j'ai fait sauter au ciseau ; sa plus grande longueur, qui est de 16 millimètres, représente l'épaisseur de la paroi de l'abcès. Le tissu de ce fragment d'os est d'une dureté éburnée très-supérieure à celle du tissu compacte ordinaire , et les deux faces qui ont été coupées par le ciseau sont devenues presque polies sous la pression de l'instrument.

J'introduisis une étroite et longue mèche de charpie dans la cavité de l'os, et je pansai la plaie avec de légers bourdonnets de charpie.

La nuit qui suivit l'opération fut assez pénible. Le malade souffrait beaucoup dans sa plaie ; cette douleur, suivant lui, différait entièrement par son siége et par sa nature de celle qu'il éprouvait avant l'ouverture de l'abcès. Il y eut néanmoins un peu de sommeil, fréquemment interrompu.

Le lendemain matin, 28 septembre, quoique seize heures à peine se fussent écoulées depuis l'opération, M. Giroux trouva toutes les pièces de pansement imbibées de pus. Il renouvela le pansement extérieur sans enlever la mèche, qui resta en place jusqu'à ma visite du 29. Les pansements ont dû être faits matin et soir pendant plusieurs jours, à cause de l'abondance de la suppuration.

L'opéré avait eu la fièvre pendant la nuit du 27 au 28, et l'avait gardée jusque vers la matinée du 29. Ce jour-là il se trouva sensiblement mieux, prit avec plaisir un peu de viande, et à quatre heures du soir, quand je vins lui faire ma seconde et dernière visite, je le trouvai installé dans un fauteuil. Le pouls était à 84 ; la langue était à peine chargée, le facies assez bon ; il n'y avait plus qu'une douleur légère et superficielle. L'ablation des pièces extérieures du pansement ne fut nullement douloureuse, mais quand j'enlevai la mèche le malade souffrit beaucoup. Celle-ci ne fut pas remplacée. J'appliquai un pansement simple avec le linge troué. Je dois ajouter que les lèvres de la plaie

étaient recouvertes d'une mince couche de lymphe plastique étalée sous forme de fausses membranes.

Le traitement consécutif a été dirigé par M. le docteur Giroux, médecin de M. L...

Voici maintenant les renseignements que m'ont fournis mon père et mon confrère M. Boymier, sur les suites ultérieures de l'opération :

Le 30 septembre, fausses membranes plus épaisses que la veille ; plaie très-douloureuse. — Pansement au jus de citron, diète.

Dans la nuit du 30 au 31, fièvre, insomnie, diarrhée intense, douze selles en quelques heures. (Il y a dans le pays beaucoup de cas de dyssenterie.) — Lavements laudanisés.

Le 1er octobre, les fausses membranes disparaissent ; la diarrhée est arrêtée. — Vin de quinquina. L'appétit renaît, le sommeil revient.

Le 2, une demi-ration.

Le mieux continue les jours suivants. Appétit presque normal ; l'opéré commence à se promener ; la douleur diminue peu à peu. La suppuration, extrêmement abondante pendant les premiers jours, commence à diminuer à partir du 9 octobre. Les deux extrémités de la plaie sont en bonne voie de cicatrisation.

Du 10 au 15, trois petits fragments osseux, dont le principal a environ 3 millimètres de diamètre, tombent dans les pièces du pansement.

Le 17, état très-satisfaisant, douleur fort modérée qui décroît de jour en jour ; l'appétit est revenu avec le sommeil. Les bourgeons charnus forment une couche continue, interrompue seulement au niveau de la partie moyenne de l'abcès. Il se forme évidemment en ce point une fistule qui ne pourra se refermer que longtemps après la cicatrisation du reste de la plaie. Deux autres petits fragments d'os, semblables aux râclures que j'ai ramenées avec la vrille pendant l'opération, sont sortis par cette ouverture du 17 au 20.

Le 21, nuit anxieuse.

Le 22, léger gonflement ; plaie grise, recouverte d'une mince fausse membrane. — Pansement au jus de citron.

Le 23, la plaie est redevenue vermeille, le gonflement est dissipé.

Le 24 et le 25, à la partie moyenne de la plaie les bourgeons charnus s'écartent pour laisser passer deux esquilles minces et irrégulières, longues d'un centimètre environ, et paraissant être dues à une exfoliation superficielle des bords de la mortaise, ou de la surface de l'os qui a été ruginée avant la trépanation, et qui a de plus subi le contact du perchlorure de fer. L'état général est excellent, la douleur est dissipée.

L'opéré se promène toute la journée. Il se propose de faire demain un trajet de 9 kilomètres pour aller voir mon père à Sainte-Foy.

Il est digne de remarque qu'avant l'opération, le malade, outre les douleurs atroces qu'il ressentait dans le bras, éprouvait dans la main correspondante une chaleur insupportable avec une sueur abondante et presque continuelle. Depuis l'opération, cette chaleur et cette sueur ont été en décroissant comme la douleur, et ont fini par disparaître.

Il s'écoulera encore plusieurs mois sans doute avant que la guérison soit complète. Il m'est permis d'espérer que mon opéré sera aussi heureux que l'ont été ceux de Liston et de Brodie. Je vous communiquerai plus tard la fin de l'observation, mais je n'ai pas voulu attendre jusque-là pour vous entretenir d'un fait rare et déjà instructif. C'est la première fois, à ma connaissance, qu'on observe soit sur le vivant, soit sur le cadavre, un abcès du canal médullaire de l'humérus. M. Brodie a cru une fois à l'existence d'un de ces abcès, et a trépané l'humérus sans trouver de collection purulente. C'est la seule erreur de diagnostic qu'il ait commise en ce genre, et il est bon d'ajouter que le malade, à la suite de la trépanation, fut complétement délivré des douleurs atroces qui avaient fait croire à l'existence d'un abcès.

Une circonstance qui pourrait permettre à l'avenir d'éviter une semblable erreur de diagnostic, c'est que chez ce malade la tuméfaction osseuse occupait la partie moyenne du corps de l'humérus. Or, les abcès chroniques simples du canal médullaire n'ont été rencontrés jusqu'ici qu'à l'extrémité de ce canal. Il est probable que lorsque la suppuration se produit dans la continuité de la moelle, la paroi compacte adjacente est inévitablement condamnée à la nécrose, au moins dans ses couches internes, tandis qu'à l'extrémité du canal cette paroi moins épaisse, moins compacte et plus vasculaire, peut échapper à la mortification, pourvu que la sécrétion du pus s'effectue assez lentement.

L'observation de M. Broca donne lieu à une discussion.

M. MICHON rappelle qu'il y a six ou sept ans, il reconnut sur un de ses malades de la Pitié un abcès du tibia. Les signes qui lui servirent à établir son diagnostic sont ceux qui ont été indiqués un peu partout, et qui, en particulier, ont été bien décrits par Auguste Bérard. A l'aide d'une couronne de trépan il tomba sur la collection purulente. Il n'y avait aucun séquestre, et une guérison définitive fut obtenue.

Cinq ou six ans après le même malade revint à l'hôpital éprouvant de vives douleurs dans la partie supérieure du tibia du côté opposé.

Quoique le diagnostic ne parût pas aussi certain que la première fois, M. Michon eut recours à la trépanation de l'os, qui fut trouvé notablement hyperémié; mais il n'y avait pas de pus. Le malade parut guéri pendant sept ou huit mois. Après ce temps les douleurs reparurent. Depuis on n'a rien fait de nouveau. Cette observation n'a pas été publiée.

M. GOSSELIN voudrait savoir s'il peut y avoir un abcès dans le tibia, alors qu'il n'existe aucun gonflement de l'os.

M. BROCA répond que ce signe n'a jamais manqué dans les cas qui sont connus.

M. GOSSELIN, continuant, raconte le fait suivant : J'ai observé il y a quelque temps une jeune femme qui, à la suite d'une contusion, éprouvait des douleurs vives et presque continuelles à la partie supérieure du tibia. Il n'y avait aucun gonflement appréciable ni dans l'os ni dans les parties environnantes. Après avoir, pendant plusieurs mois, essayé sans succès de moyens divers, je me décidai, après de nombreuses hésitations, à proposer la trépanation, et je l'aurais faite si la malade ne s'y était absolument refusée. Je n'ai parlé de ce cas, ajoute M. Gosselin, que parce que j'ai été longtemps embarrassé sur le parti que je devais prendre. Cette malade a quitté mon service depuis deux ans, et j'ai appris récemment que les douleurs n'avaient pas cessé.

M. HOUEL dit qu'on peut voir au musée de la Faculté deux ou trois exemples d'abcès du tibia. Dans l'un d'eux le gonflement de l'os et la cavité occupée par le pus sont beaucoup plus considérables que sur la pièce montrée par M. Broca. Il croit qu'on le doit à Auguste Bérard, et que l'observation en a été publiée.

Quant à la douleur, il la considère comme un excellent signe. C'est en se laissant guider par ce caractère que Duverney a fait deux trépanations, et dans les deux cas il a trouvé du pus.

M. RICHET. Quand je me suis occupé de la question des tumeurs blanches, j'ai eu occasion de scier un très-grand nombre d'os, et j'ai souvent rencontré des collections purulentes dans leur intérieur. J'ai relaté ces faits dans mon mémoire, qui se trouve publié dans ceux de l'Académie de médecine. Ces abcès sont quelquefois multiples, j'en ai rencontré jusqu'à six. Je me demande si pour ces cas la trépanation serait véritablement utile. On pourrait en vider deux ou trois, mais les autres ! Et d'ailleurs, il y a toujours ostéite dans ces circonstances. Elle constitue même la maladie principale, et je ne vois pas ce que pourrait la trépanation contre une pareille complication.

M. BROCA. Il faut bien se garder de confondre tous ces cas. Ceux de Duverney avaient tous une origine traumatique. Ceux dont a parlé

M. Richet avaient un siége différent; ils existaient dans le tissu spongieux. La maladie décrite par M. Brodie, au contraire, est une inflammation suppurative de l'une des extrémités du canal médullaire. Le pus s'enkyste dès le début, et jouant alors le rôle de corps étranger, il produit l'hypertrophie de l'os, qui augmente considérablement de volume. Le fait cité par M. Michon permet de supposer une récidive. Toutefois, M. Brodie a vu un de ses malades dix ans après l'opération, et la guérison s'était maintenue. Enfin, je dois signaler une différence entre les malades de M. Richet et ceux dont j'ai voulu parler. Les premiers étaient des scrofuleux, tandis que les autres avaient une constitution excellente à l'époque du début de l'affection.

M. RICHET. Je sais qu'il faut distinguer les abcès du tissu spongieux et ceux du canal médullaire; mais je crois avoir établi dans mon mémoire qu'il existe aussi de vives douleurs dans les collections purulentes qui se développent dans la partie spongieuse des os. Ce fait, d'ailleurs, n'avait pas échappé à M. Brodie.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 2 novembre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) assiste à la séance.

M. BROCA demande la parole à l'occasion du procès-verbal :

M. Michon a dit dans la dernière séance qu'Auguste Bérard avait consacré dans le Compendium de chirurgie un article spécial aux abcès simples des os : j'ai vérifié cette assertion, et je me suis assuré que notre collègue avait dû être trompé par le titre de l'article; mais en le lisant, il est facile de se convaincre que c'est une simple analyse du mémoire de M. Morven Smith sur la suppuration diffuse de la moelle, première période de la nécrose profonde des os longs. La trépanation a pour but d'empêcher la nécrose en limitant les décollements de la moelle.

Il est évident que cela n'a aucun rapport avec le travail de M. Brodie.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Le Chirurgien à l'ambulance, *études pratiques sur les plaies par armes à feu*, *suivies de lettres sur les blessés de Palestro*, *Magenta, Marignan et Solferino*, par M. L. Appia, membre de la Société de médecine de Genève.

L'auteur de cet ouvrage demande le titre de correspondant étranger, et annonce, par l'intermédiaire de M. Monod, qu'il enverra prochainement un travail manuscrit à l'appui de sa candidature.

— Après le dépouillement de la correspondance, M. Fouché est appelé à lire un travail intitulé *: Note sur le traitement des polypes naso-pharyngiens*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Richet, Verneuil et Huguier.)

M. BROCA donne le résumé d'une observation adressée par M. le docteur Viennois (de Lyon), et intitulée *Coxalgie*, *ankylose*, *rupture de l'ankylose*, *rétablissement des formes èt d'une partie des mouvements. Constatation du résultat un an après. Mort et autopsie.*

La pièce pathologique accompagne l'observation et est mise sous les yeux de la Société.

Un homme de 35 ans, d'une bonne constitution, travaillant aux forges d'Oullins, entre le 19 octobre 1858 dans le service de Bonnet.

A l'âge de quinze ans il avait eu une affection de la hanche droite, suite de ses travaux dans un lieu humide et malsain. La cuisse était alors fléchie sur le bassin, la marche impossible, les douleurs très-vives. Un vaste abcès s'étant formé à la partie interne et supérieure de la cuisse, il fut ouvert et guéri au bout de quinze jours. Après une série de vésicatoires, le malade sortit au bout de six mois, marchant parfaitement bien.

Il y a six ans, nouvelles douleurs dans la même articulation : séjour de six mois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sept cautères à la potasse au niveau de l'articulation. Il sort notablement amélioré, mais boitant légèrement.

Ayant repris ses travaux aux forges d'Oullins et se trouvant de nouveau exposé à des variations brusques de température, les douleurs se réveillèrent, la claudication devint plus prononcée, et bientôt il lui fut impossible de marcher.

Il entra de nouveau à l'Hôtel-Dieu de Lyon. A l'examen on constate : douleur au niveau de la hanche droite s'irradiant jusqu'au genou,

exaspérée par le moindre mouvement. Gonflement peu considérable au niveau de la hanche.

A la vue, le malade étant couché, le membre paraît allongé ; mais la mensuration fait voir que la longueur est la même des deux côtés. La différence apparente tient à une inclinaison du bassin. Flexion du membre avec abduction et rotation en dehors ; genou écarté de 27 centimètres de l'axe du corps ; rotation en dehors évaluée à 45 degrés. La cuisse forme avec le tronc un angle de 130 degrés. Il y a ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Tous les mouvements imprimés se communiquent exclusivement au bassin.

La station verticale est impossible sans le secours d'un aide. Quand le pied droit appuie à terre, le bassin s'incline considérablement.

Le 15 novembre, le malade est éthérisé, et l'ankylose persiste malgré la résolution complète des muscles. M. Bonnet saisissant alors la cuisse, lui imprime suivant son axe une série de mouvements. De violents craquements se font entendre, et la main perçoit des frottements rugueux ; le membre devient plus mobile. On exécute la flexion, puis successivement tous les mouvements de la cuisse, en terminant par la circumduction, ensuite on opère le redressement ; sept pastilles de potasse sont appliquées autour de l'articulation ; le membre est enveloppé dans un appareil amidonné qui embrasse le bassin, et définitivement placé dans la grande gouttière de Bonnet.

Les choses restent en place pendant un mois, les douleurs étant très-supportables et beaucoup moins vives qu'avant l'opération. Le bandage étant enlevé, on constata que le membre avait conservé la position qui lui avait été donnée. Les cautères suppuraient, et il n'y avait plus de douleur.

A la fin de janvier 1859, le malade pouvait marcher, mais en boitant. Les mouvements do l'articulation coxo-fémorale étaient très-limités ; il y avait encore un peu de flexion, d'abduction et de rotation en dehors. Il fut alors soumis à des mouvements de flexion avec un appareil, mais on négligea les mouvements d'abduction et d'adduction.

Il quitta l'hôpital le 10 mai 1859, marchant facilement et boitant très-peu ; il n'y avait plus pour toute difformité qu'un peu de rotation en dehors et un peu d'allongement (1 centimètre et demi). Les mouvements articulaires étaient bornés à un peu de flexion.

Ayant repris ses occupations aux forges d'Oullins, il pouvait se livrer aux travaux les plus pénibles de son métier. Au mois de septembre, il fut pris d'accidents d'une autre nature, et entra encore à l'Hôtel-Dieu, où on reconnut qu'il était atteint d'un anévrysme de l'aorte. Cette

maladie fit de rapides progrès, et la mort survint le 21 octobre.

Voici ce qu'à l'autopsie on a pu constater du côté de l'articulation coxo-fémorale droite, et ce qu'on peut voir encore en partie sur la pièce qui nous a été envoyée :

Pas de difformité bien saillante ; il y a un allongement de 1 centimètre et demi dû à une inclinaison du bassin. Le mouvement de flexion de la cuisse sur le tronc n'atteint pas le degré qu'on avait cru reconnaître sur le vivant, mais il est évident. Les mouvements d'abduction et d'adduction sont très-limités. La rotation en dehors est impossible.

Il y a une transformation graisseuse incomplète du muscle psoas-iliaque. Le long de son tendon non rétracté existe une masse fibrineuse, jaunâtre, très-résistante, terminée par un renflement noirâtre, fongueux au centre, ressemblant aux restes d'une ancienne membrane pyogénique. Les adducteurs commencent à subir l'atrophie graisseuse. Les autres muscles de la région sont à peu près sains.

La capsule articulaire, augmentée de volume d'une façon générale, a en arrière une épaisseur d'un demi-centimètre. Elle est en ce point rétractée, très-résistante, et en maintenant le grand trochanter rapproché de la tubérosité sciatique, elle fixe le membre dans la rotation en dehors. La capsule est renforcée de plusieurs ostéophytes. Deux à la partie supérieure, développés à la face interne du bourrelet cotyloïdien, paraissent avoir été, lors de la rupture de l'ankylose, séparés violemment d'autres ostéophytes que présente la tête du fémur. Ce qui le ferait croire, c'est la configuration réciproque des surfaces osseuses qui s'adaptent parfaitement, bien que les frottements aient émoussé les saillies et effacé en partie les dépressions. Sur la paroi interne de la capsule existe un troisième ostéophyte volumineux et indépendant.

Les surfaces articulaires sont libres. Pas de traces du ligament rond ; son insertion sur la tête du fémur a même disparu. L'arrière-fond de la cavité cotyloïde n'est indiqué que par quelques dépressions peu marquées. Ces surfaces articulaires sont recouvertes par un cartilage altéré, dépoli, raviné, très-aminci en certains points où l'on pourrait le croire absent. En quelques endroits il présente un aspect granuleux ; dans d'autres, il se laisse dissocier en faisceaux perpendiculaires à la surface d'implantation, quand on le gratte avec l'ongle.

La synoviale vasculaire dans les culs-de-sac n'est pas fongueuse, mais offre de nombreux tractus fibreux qui s'implantent sur les surfaces osseuses.

La tête du fémur a la forme d'un segment d'ovoïde, dont la base se dirige obliquement en arrière et en bas. Elle est hérissée de produc-

tions osseuses de nouvelle formation dont les unes forment une couronne à sa base et les autres prolongent son sommet en dedans et en bas. Son volume est considérable ; elle présente 22 centimètres de circonférence dans sa partie la plus renflée, 8 centimètres de son sommet à son point de jonction avec le col, et 6 centimètres et demi dans son diamètre transversal. Cette tête est portée par un col irrégulier, beaucoup plus gros qu'à l'état normal (4 centimètres et demi de diamètre), et dont l'axe semble faire avec celui de la tête un angle obtus d'environ 120 degrés, ouvert en arrière. Mais une section qui divise le col et la tête suivant leur longueur, montre que cette apparente déviation du col est due aux ostéophytes qui l'entourent et qui, plus développés en dedans, forment là comme un troisième trochanter qui dépasse le grand de 4 centimètres en avant. Cette section permet aussi de constater l'éburnation du tissu osseux de la tête, conséquence d'une ancienne ostéite condensante.

La cavité cotyloïde est agrandie, son diamètre vertical mesure 6 centimètres, son diamètre transversal 7 1/2, et sa profondeur, calculée à partir du bord libre du bourrelet, 4 centimètres.

M. le docteur Ollier a examiné au microscope les tissus altérés. Les cartilages articulaires lui ont présenté une substance fondamentale granuleuse, creusée de cavités, cinq ou six fois plus vastes qu'à l'état normal et renfermant de nombreuses cellules cartilagineuses remplies elles-mêmes de granulations. Cette disposition se remarquait surtout dans les parties qui présentaient l'altération décrite. Le tissu musculaire malade a offert l'altération graisseuse à divers degrés ; dans certains points, disparition complète de fibres musculaires remplacées par de grosses gouttes huileuses et des fibres de tissu cellulaire ; dans d'autres points, infiltration graisseuse simple des fibres musculaires.

Le tissu de cicatrice, trace de l'ancien abcès, a présenté des fibres élastiques et de tissu cellulaire mêlées à beaucoup de graisse.

Après avoir dépouillé l'articulation coxo-fémorale des parties molles, mais avant d'ouvrir la capsule, nous avons de nouveau cherché à apprécier l'étendue des mouvements. Le fémur est maintenu dans un certain degré de flexion (20 degrés ; angle de 160° avec le tronc), que masquait sur le vivant la projection du bassin en avant et en bas. Le mouvement de flexion ne s'exécute pas directement, mais, comme nous l'avions déjà remarqué, se combine avec l'abduction. Son étendue ne dépasse pas 40 degrés, de sorte que dans le maximum de flexion, il reste encore entre le fémur et le bassin un angle de 120 degrés. Cette flexion est limitée par la résistance de la capsule en bas et

en arrière et par la rencontre des ostéophytes développés sur la tête d'une part, et dans le bourrelet cotyloïdien de l'autre.

Il n'y a de bien évident que ce mouvement de flexion. L'abduction est empêchée par la saillie osseuse considérable qui a été comparée à un troisième trochanter et par la rétraction de la capsule, surtout en arrière et en haut. L'abduction proprement dite, un peu mieux accusée, est bientôt limitée par la résistance des faisceaux internes de la capsule et la saillie de l'ostéophyte, signalée au sommet de la tête du fémur.

M. LEGOUEST. Il est évident que, dans ce cas, il n'y avait pas de soudure osseuse, et il en est ainsi dans la plupart des cas où on avait cru le contraire.

Le Musée du Val-de-Grâce possède une pièce qui est la reproduction à peu près complète de celle qui est soumise en ce moment à l'examen de la Société. On a beaucoup parlé des appareils de Bonnet pour rétablir les mouvements. Je les ai employés récemment sur un malade, en les variant de toutes les façons, et je dois dire que je n'ai rien obtenu de satisfaisant. Ce malade est récemment revenu des eaux thermales, et l'ankylose persiste.

Le membre est redressé, mais il y a toujours la même roideur et absence de toute mobilité dans l'articulation de la hanche.

Mais une question se présente : quand l'articulation malade est entourée d'abcès ou de fistules, doit-on faire des tentatives de redressement? J'ai essayé dans ces diverses circonstances, et je n'ai pas vu d'accidents se développer, soit que les abcès fussent ouverts, soit qu'ils ne le fussent pas. J'en conclus qu'on peut essayer de redresser sans se préoccuper de ces circonstances.

M. GOSSELIN. Cette pièce pathologique me paraît offrir un grand intérêt.

Nous connaissons le *morbus coxæ senilis* et l'affection que dans ces derniers temps on a décrite sous le nom d'arthrite sèche, états morbides identiques, selon moi, et qui caractérisent la coxalgie des adultes et des vieillards, essentiellement différente de celle des jeunes sujets; les altérations anatomiques ne sont pas les mêmes. L'autopsie, dans un cas, m'a bien permis de constater le fait que j'avance. Certains malades qui ont des arthrites sèches éprouvent quelquefois des accidents qui en imposent pour une sciatique chronique, et de pareilles erreurs sont souvent commises dans la pratique.

Un caractère qui distingue la coxalgie de l'adulte et du vieillard

de celle du jeune sujet, c'est que chez les premiers la douleur résiste souvent à tous les moyens employés pour la calmer.

M. SÉDILLOT. Je crois qu'il faut surtout étudier l'anatomie pathologique de la coxalgie. On confond sous ce nom beaucoup de choses très-différentes.

Quand Bonnet (de Lyon) annonça que le plus sûr moyen de calmer la douleur était le redressement du membre, cela surprit presque tous les chirurgiens, qui se demandèrent comment la position longitudinale, qui est la moins favorable, pouvait amener ce résultat; l'expérience ayant depuis longtemps appris qu'instinctivement, pour trouver du calme, les malades adoptaient la flexion avec abduction.

J'ai, comme beaucoup d'autres, essayé du redressement, et je suis parvenu à le produire.

J'ai pu m'assurer alors que le fémur était mobile dans la cavité cotyloïde. Les deux surfaces articulaires sont notablement agrandies, et, quand on constate de vives douleurs, cela indique que ces surfaces ont perdu une partie de leurs rapports normaux, et il est très-indiqué alors de redresser le membre. Il y a une grande différence à établir entre les luxations traumatiques et les luxations spontanées : dans celles-ci un changement partiel de rapports suffit pour que des parties nouvelles soient exposées à des compressions et des distensions plus ou moins grandes.

Sur des enfants j'ai pu rendre au membre la longueur et la situation normales; mais pour rendre le succès définitif, il aurait fallu pouvoir les maintenir dans cette situation, et c'est pour cela que Bonnet avait imaginé ses appareils inamovibles. Malheureusement cela est presque impossible à obtenir chez les enfants, la cavité cotyloïde s'étant en général considérablement agrandie. Il faut s'efforcer de ramener la tête du fémur dans la direction de l'axe de la cavité cotyloïde.

Pour certaines coxalgies des adultes et des vieillards, j'ai eu recours, comme beaucoup d'autres, aux grandes déchirures, aux sections sous-cutanées tendineuses et musculaires, et je n'ai pas tardé à me convaincre que de pareilles interventions étaient dangereuses, et que le plus sage était encore de ne toucher à rien. L'ankylose dans ces cas doit être respectée, et considérée comme un mode heureux de guérison employé par la nature.

Lorsque les idées de Bonnet furent discutées au sein de la Société médicale de Lyon, plusieurs membres s'élevèrent contre cette nouvelle méthode.

J'ajouterai, en terminant, que le raccourcissement ne dépend pas

seulement de la situation vicieuse du membre. Une partie doit être rapportée à la déformation des surfaces articulaires.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que toute la thérapeutique ne doit pas consister dans le redressement. Il faut se souvenir que l'affection articulaire est souvent née sous l'influence d'un mauvais état général de l'organisation qu'il faut s'attacher à combattre.

M. VERNEUIL demande si, à l'autopsie de l'homme qui a fourni la pièce pathologique venue de Lyon, on a eu soin d'examiner l'autre articulation coxo-fémorale.

M. BROCA répond que cet examen n'a pas été fait.

M. VERNEUIL continuant. Je ne saurais partager l'opinion de M. Gosselin sur les difficultés que présenterait le diagnostic du *morbus coxæ senilis;* seulement il est évident que pour ne pas se tromper, il faut en avoir étudié les caractères. J'ai eu récemment occasion d'en observer deux cas : l'un à l'Hôtel-Dieu, l'autre à l'hôpital Beaujon, et véritablement cela était facile, quoiqu'on les eût pris pour autre chose.

Les malades atteints de cette affection de la hanche sont infirmes, ne peuvent pas travailler, et on peut constater une fausse ankylose. La cavité cotyloïde a quelquefois une étendue considérable. La tête du fémur et le grand trochanter ont aussi beaucoup augmenté de volume.

M. GOSSELIN. J'ai seulement voulu dire que, tandis que chez les enfants on avait eu souvent l'occasion de constater par l'autopsie les désordres de l'articulation, il n'en était pas de même pour les adultes et les vieillards, que dans presque tous les cas on n'avait examinés que pendant la vie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC. Je mets sous les yeux de la Société un homme que j'ai opéré à Saint-Antoine, il y a huit ans, pour un corps étranger dans l'articulation du genou, qui déterminait de très-vives douleurs. Je m'étais contenté de le faire sortir de la cavité articulaire et de le fixer dans le tissu cellulaire.

Aujourd'hui on en retrouve encore la trace, mais il a diminué des deux tiers. J'ai pensé que nos collègues constateraient avec intérêt ce que deviennent, après un certain temps, ces corps étrangers articulaires fixés dans le tissu cellulaire.

Après avoir endormi le malade et saisi le corps avec un ténaculum,

j'ouvris la capsule; mais à ce moment, l'interne le laissa échapper. L'ayant ramené à la surface et saisi de nouveau, je le fis glisser dans le tissu cellulaire. Il n'y eut aucun accident. Dans une autre circonstance, j'ai pu entraîner un corps étranger du genou jusqu'à la partie inférieure du tibia.

Il ne faut pas oublier que certains de ces corps se brisent très-facilement. Il m'a paru aussi qu'il était préférable de les diriger vers le côté externe de l'articulation, la région opposée étant plus riche en lymphatiques, et par conséquent plus capable de s'enflammer.

M. RICHET. Je félicite M. Chassaignac du succès qu'il a obtenu. Ce n'est pas chose facile que de chasser les corps étrangers de l'intérieur des articulations. Je n'ai jamais essayé de cette méthode, mais j'ai vu un de nos chirurgiens les plus distingués éprouver de grandes difficultés pour la mettre en pratique. Le corps ne put être saisi; pendant les manœuvres, de l'air pénétra dans la cavité articulaire, et quelques jours après il se déclara une arthrite violente qui fit rapidement périr le malade.

Une pareille opération me paraît difficile dans tous les temps qu'elle comporte.

M. LEGOUEST. Je suis étonné de l'opinion que vient d'émettre M. Richet et du cas malheureux qu'il nous a rapporté. J'ai fait trois fois avec succès et sans le moindre accident, l'opération dont a parlé M. Chassaignac. Je l'ai pratiquée deux fois sur le même malade et sur le même genou. Quand on a le choix, c'est vers le bord supérieur et externe de la rotule qu'il me paraît convenable d'agir. Je regrette d'avoir perdu ces opérés de vue et de n'avoir pu constater ultérieurement ce qu'étaient devenus les corps étrangers déplacés.

M. BROCA pense qu'on peut expliquer les différences qu'on vient de signaler en se rappelant que parmi ces corps étrangers articulaires les uns sont entièrement libres, tandis qu'il y en a qui sont adhérents.

M. CHASSAIGNAC. Il est bien entendu qu'il ne faut attaquer que les corps qui sont entièrement libres. Pour cela, il faut à l'avance étudier avec soin leur manière d'être, et c'est ce que j'avais fait pour le malade que je viens de montrer.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 9 novembre 1859.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté après une courte rectification demandée par M. Gosselin.

— M. Legouest communique l'observation suivante, au nom de M. Houzelot, médecin en chef de l'hôpital de Meaux et correspondant de la Société de chirurgie :

Compression mécanique suivie de compression digitale intermittente pour un anévrysme faux consécutif de l'artère pédieuse. — Six heures de compression. — Guérison. — Le 11 avril 1859, le nommé J..., cultivateur, se fit, en équarrissant un morceau de bois avec sa hache, sur le dos du pied, une plaie profonde oblique et longue de 4 à 5 centimètres; l'artère pédieuse avait été atteinte; une hémorrhagie très-abondante eut lieu immédiatement. Le médecin appelé en mon absence se borna à réunir la plaie par première intention avec des bandelettes agglutinatives; le repos absolu fut prescrit.

Le sixième jour après l'accident, le blessé, sous prétexte de gêne par les bandelettes, défit son appareil, se repansa lui-même, et aussitôt après alla chez un de ses voisins, à 2 ou 300 mètres de distance; l'hémorrhagie se renouvela. Le même médecin fut appelé de nouveau; la plaie n'était pas cicatrisée; on réappliqua les bandelettes; le malade dut garder le lit; au bout de onze jours la cicatrisation était complète. Quelques jours après, malgré la compression circulaire faite sur tout le pied, une tumeur molle saillante se développa dans la lèvre externe de la plaie; en huit jours, elle eut acquis le volume de la moitié d'un œuf de pigeon.

Consulté à cette époque, je reconnus un anévrysme faux consécutif circonscrit de l'artère pédieuse; j'édifiai le malade sur toutes les conséquences possibles de sa position; il continua à travailler néanmoins. La tumeur augmenta de volume; effrayé alors par ce qu'il voyait et ce que je lui avais dit, J... alla consulter à Meaux M. le docteur Houzelot, dont l'avis fut de tenter la compression digitale intermittente.

Bien que je ne comptasse que médiocrement sur l'efficacité de ce moyen, en raison de l'indocilité du malade et aussi à cause de la difficulté de trouver à la campagne des personnes intelligentes qui voulussent, au moment des travaux des champs, se prêter à une manœuvre

de patience et d'assujettissement, je me décidai néanmoins à suivre le conseil de mon honorable confrère.

Le 6 juin, en conséquence, à deux heures de l'après-midi, le malade étant couché, je plaçai sur l'artère pédieuse, en arrière de la tumeur, une petite rondelle d'amadou, par-dessus un disque de bouchon de liége épais de 1 à 2 centimètres, et sur ce disque une petite attelle étroite, longue environ de 30 centimètres. A la face plantaire du pied, je disposai une autre attelle plus large, de même longueur que la précédente, et garnie de linges; les extrémités des attelles furent liées avec une ficelle en forme de casseau. Le petit appareil ne portait que sur deux points opposés circonscrits, évitant ainsi une compression circulaire qui n'eût été que difficilement supportée. Je permis au malade de le relâcher si besoin était, mais non de l'enlever.

Vers quatre heures, le malade, impatient de la gêne que lui causait l'appareil, disait-il, le relâcha, puis l'enleva complétement à six heures, c'est-à-dire quatre heures après l'application, pour y substituer la compression digitale. A ce moment déjà, selon le malade, les battements de la tumeur étaient sensiblement plus faibles : la compression digitale fut faite pendant trois heures par le malade lui-même avec plus ou moins de constance et d'exactitude. Mais, bientôt fatigué, le blessé, vers neuf heures du soir, replaça son petit appareil, qui, serré modérément, resta en place toute la nuit et jusqu'au lendemain dix heures du matin.

A cette heure, ajoute M. Houzelot, je vis le malade; les battements avaient complétement cessé dans la tumeur, déjà dure et résistante; on pouvait dire la guérison certaine : six heures de compression avaient suffi à ce résultat.

Le casseau, enlevé alors, fut, par surcroît de prudence, remplacé par la compression digitale, qui, maintenue d'une manière intermittente et fort irrégulière jusqu'au mercredi matin, cessa complétement dès lors : la tumeur, toujours consistante, non pulsatile, demeura telle, et diminua progressivement; au bout de vingt jours, elle avait en entier disparu.

Au bout de trente jours, le malade avait repris son travail; la cicatrice était solide.

Aujourd'hui le blessé marche sans rien ressentir, et se livre aux rudes travaux des champs.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

De l'influence que peuvent avoir sur la santé publique les agglomérés de houille, par M. Henri Lespiau. Paris, 1859, in-8°.

Relation d'une épidémie diphthérique qui a sévi sur le 75e régiment de ligne, par le même. Paris, 1854, in-8°.

Des rétrécissements infranchissables de l'urèthre et de leur traitement par l'uréthrotomie externe sans conducteur, par M. Andrade (Augustin), de Mexico. Thèse inaugurale. Paris, 1859, in-4°.

M. RICHET fait hommage à la Société d'un exemplaire de la 2e édition de son *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*. Paris, 1860, in-8°.

M. FOLLIN communique à la Société un nouveau cas de tétanos traité sans succès par les injections de curare. Il s'agit ici d'un tétanos traumatique à marche rapide, dont les accidents ne sont guère enrayés par les médications habituellement mises en usage. C'est devant cette impuissance ordinaire de la thérapeutique que M. Follin a songé à l'emploi du curare ; mais l'évolution de la maladie a été telle, que le poison indien semble n'avoir modifié en rien les accidents.

Avant de communiquer à la Société tous les détails de ce cas, M. Follin fait part d'une remarque importante de M. Claude Bernard sur l'action du curare chez les animaux malades ou mutilés. M. Cl. Bernard prétend que les animaux dont la santé est altérée, ou qui ont subi quelque mutilation, sont bien plus difficilement influencés par le curare que les animaux bien portants. Ce poison peut quelquefois rester presque sans effet sur des grenouilles déjà malades. Il y a à tirer de cette observation quelques conséquences pour l'application du curare dans la thérapeutique du tétanos traumatique; mais c'est là un élément nouveau dans la question, et jusqu'alors on n'a pu en tenir compte.

Tétanos traité sans succès par les injections de curare. — M. FOLLIN communique l'observation suivante :

J..., Charles, âgé de seize ans, cartonnier, demeurant rue des Bergeries, 80, à Grenelle, entre le 28 octobre 1859 au n° 11 de la salle Saint-Pierre.

Ce malade est venu à l'hôpital pour une plaie contuse de la face dorsale de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet, plaie qui a été

produite par deux lames d'une roue de moulin, entre lesquelles a été saisi l'avant-bras.

Le lendemain de l'entrée du malade, l'avant-bras étant très-gonflé, très-douloureux au niveau de la plaie, on fit un débridement en haut et en bas par deux incisions comprenant la peau et l'aponévrose, et prolongeant la plaie dans ces deux sens. Deux jours après, on ouvrit un abcès qui s'était formé à la face antérieure de l'avant-bras au même niveau que la plaie.

Le 3 novembre, sous l'influence des cataplasmes et des bains locaux d'eau tiède prolongés, le gonflement de l'avant-bras a complétement disparu; le malade ne souffre pas et dit se trouver très bien; cependant au moment de la visite il se plaint d'un peu de gêne, d'un peu de roideur pour ouvrir la bouche, mais cette gêne est très-peu prononcée, et ne l'empêche pas d'écarter devant nous assez largement les mâchoires.

Le 4, à la visite du matin, le malade est dans l'état suivant : visage contracté avec quelques mouvements convulsifs; contraction de l'orbiculaire des paupières et impossibilité d'ouvrir la bouche; contraction des masséters; par une forte pression on peut éloigner les dents des deux mâchoires les unes des autres de 1 centimètre; contraction des sterno-mastoïdiens, soubresauts de tout le corps depuis hier soir. Le corps est couvert de sueur : pouls dépressible, 116 pulsations par minute. La respiration est surtout abdominale, 28 inspirations par minute. Les jambes se remuent facilement et volontairement; il y a de l'opisthotonos. La déglutition est excessivement difficile; quand on fait avaler au malade quelques gouttes de liquide, il les rejette aussitôt avec des menaces de suffocation.

Il existe à la face dorsale de la partie inférieure de l'avant-bras et de la main une plaie de 18 centimètres de longueur sur 3 à 6 de largeur, plaie contuse dans laquelle on aperçoit les muscles à nu dans une certaine étendue, et sur d'autres points des parties sphacélées. A la partie inférieure de la région antérieure de l'avant-bras, il existe une plaie de 3 ou 4 centimètres de longueur résultant de l'ouverture de l'abcès qui s'était formé dans ce point. Plus de gonflement de l'avant-bras; pas de suppuration à la surface des plaies, qui du reste n'ont aucun mauvais caractère.

Le malade, interrogé alors sur ses antécédents, dit qu'étant jeune il a eu le carreau et une fluxion de poitrine; mais depuis ces treize dernières années il s'est toujours bien porté.

A huit heures et demie du matin, on commence par injecter avec la

seringue de Pravaz, dans le tissu cellulaire de l'angle supérieur de la plaie, 10 gouttes d'une solution de curare au centième.

A neuf heures du matin, nouvelle injection de 10 gouttes à l'angle supérieur de la plaie; et dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie supérieure de l'avant-bras, injection de 13 gouttes d'une autre solution de curare, contenant 0 gr. 30 de curare pour 11 gr. d'eau; puis immédiatement après, on verse sur la plaie quelques gouttes de la solution de curare au centième.

A neuf heures et demie du matin, injection de 20 gouttes de la solution de 0 gr. 30 de curare pour 11 gr. d'eau.

A dix heures du matin, injection de 26 gouttes de cette dernière solution de curare. Le malade peut entr'ouvrir très-légèrement les mâchoires, ce qu'il ne pouvait pas faire le matin, avant le commencement du traitement.

A dix heures quarante minutes du matin, injection de 16 nouvelles gouttes de la même solution. Le malade n'accuse de douleur nulle part, il se trouve assez bien; il a seulement une grande soif.

A onze heures un quart du matin, injection de 20 gouttes de la même solution. Le malade paraît entr'ouvrir un peu moins facilement les mâchoires. Même état du reste.

A midi, injection de 20 gouttes de la même solution.

A midi trois quarts, injection de 20 gouttes de la même solution. Le malade est exactement dans le même état qu'avant le commencement de l'emploi du curare. Toutes ces injections ont été faites dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie supérieure de l'avant-bras.

A une heure vingt minutes, injection de 22 gouttes de la même solution dans le tissu cellulaire du bord externe et supérieur de la plaie.

A une heure cinquante minutes, injection de 20 gouttes de la même solution. Même état.

A deux heures vingt minutes, injection de 22 gouttes de la même solution. Pas de changement dans l'état du malade.

A deux heures cinquante minutes, injection de 24 gouttes de la même solution.

A trois heures quarante-cinq minutes, injection de 20 gouttes de la même solution dans le tissu cellulaire sous-cutané de la poitrine, près du mamelon droit. Jusque-là on l'avait toujours injecté à la partie supérieure de l'avant-bras droit.

A quatre heures vingt minutes, on apporte une solution de curare préparée par MM. Mialhe et Grassi. Cette solution paraissant à M. Follin trop concentrée pour pouvoir être maniée facilement sans

danger pour le malade, il y fait ajouter un peu d'eau distillée. La quantité de curare était de 53 centigrammes dissous dans 2 gr. 65 d'eau distillée, constituant par conséquent 3 gr. 18 de solution : on y ajoute 10 gr. 70 d'eau distillée, et on obtient ainsi 13 gr. 88 d'une solution contenant 53 centigrammes de curare, c'est-à-dire, à très-peu de chose près, un vingt-sixième de son poids. On injecte aussitôt dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi antérieure de la poitrine 5 gouttes de cette solution.

A ce moment, le malade se trouvait toujours à peu près dans le même état que le matin : visage couvert de gouttes de sueur, comme cela a eu lieu toute la journée; pouls dépressible (100 pulsations par minute), s'accélérant un peu de temps à autre au moindre mouvement du malade, et aussi à certains moments où des contractions involontaires, que le malade compare à des crampes, se produisent dans le bras gauche, c'est-à-dire dans celui qui est sain et dans la cuisse correspondante; il n'y a pas de ces contractions dans le bras malade. Respiration toujours abdominale; 30 inspirations par minute.

A cinq heures du soir, injection de 5 nouvelles gouttes de la même solution. Même état.

A cinq heures et demie du soir, injection de 6 gouttes de la même solution. Même état.

A six heures et demie, injection de 7 gouttes de la même solution. La fréquence du pouls, à l'état de repos, est de 100 pulsations par minute; mais par instants il devient plus petit et beaucoup plus fréquent, et on compte alors 140 et même 160 pulsations par minute; puis, bientôt après, il redescend à 100 pulsations par minute. Pendant ces exaspérations, le malade accuse de la douleur à la partie inférieure de la paroi antérieure de la poitrine et à l'épigastre.

A sept heures, injection de 7 nouvelles gouttes de la même solution.

A sept heures et demie, injection de 7 nouvelles gouttes de la même solution : sueurs toujours très-abondantes sur la face et le corps.

A huit heures, injection de 10 gouttes de la même solution. La respiration paraît un peu plus gênée : toujours quelques accès de douleur de temps en temps.

A huit heures trois quarts, injection de 12 gouttes de la même solution. Environ dix minutes après, le malade ayant demandé à boire, on lui a donné quelques gouttes de vin dans une cuiller; mais l'ingestion de cette petite quantité de liquide a été suivie d'un accès de suffocation violent pendant lequel la face est devenue pâle, violacée, cadavéreuse, les yeux ternes, sans expression, et pendant lequel on a craint

un instant de le voir succomber : la respiration se faisait à peine par quelques mouvements convulsifs des muscles du thorax ; le pouls très-petit et extrêmement fréquent. Mais au bout d'une demi-minute environ, la coloration violacée a commencé à disparaître, puis à être remplacée par la coloration rosée de la face qui existait avant. Après la terminaison complète de cet accès, la respiration reste très-accélérée, toute l'inspiration est brusque comme dans le hoquet : 52 inspirations par minute, 128 pulsations.

A neuf heures un quart, injection de 14 gouttes de la solution. La contraction des sterno-mastoïdiens n'est pas permanente : quand le malade est calme on les trouve relâchés, mais de temps en temps on les sent se contracter pendant quelques instants. Les muscles de la figure se crispent ; la physionomie indique un accroissement de douleur ; les mâchoires se serrent davantage l'une contre l'autre ; puis, au bout de quelques instants, cet état de contraction cesse, et le malade redevient calme, l'opisthotonos persistant, les masséters restant toujours contractés, mais un peu moins fortement que pendant l'accès.

A neuf heures trois quarts, injection de 15 gouttes de la même solution.

A dix heures un quart, injection de 20 gouttes de la même solution.

A dix heures trois quarts, injection de 20 nouvelles gouttes de la même solution.

A onze heures, le malade paraît éprouver un mieux sensible ; il entr'ouvre un peu plus les mâchoires, il parle un peu plus distinctement ; il a pu avaler sans trop de difficultés, en plusieurs fois il est vrai, deux petites cuillerées de vin ; lui-même se trouve très-bien, il ne souffre pas ; il dit même qu'il a faim, et il demande qu'on lui donne un biscuit dans du vin ; il pense qu'il pourrait l'avaler. La respiration paraît un peu moins gênée, quoique toujours accélérée : 36 inspirations par minute ; pouls à 120.

A onze heures un quart, le malade ouvre mieux encore la bouche que tout à l'heure ; mais il ne peut toujours pas baisser la tête ; il se plaint d'avoir faim et répète à chaque instant : J'ai faim.

Injection de 22 gouttes de la même solution.

Quelques instants après l'injection, le malade se plaint de soubresauts, de contractions brusques, un peu douloureuses à l'épigastre. La respiration est surtout diaphragmatique ; pendant l'inspiration la partie inférieure du thorax se dilate un peu, et les parois abdominales sont assez fortement repoussées en avant.

A minuit, le malade se plaint que les couvertures sont trop lourdes,

qu'il ne peut remuer les membres ; la parole est un peu plus gênée ; il semble que le malade n'ait pas la force de parler, il achève à peine les mots qu'il a commencés ; les yeux sont à demi fermés ; on entend dans la gorge des râles produits par des crachats que le malade n'a pas la force d'expulser. Le cou est beaucoup moins roide, on peut incliner un peu la tête en avant sur le thorax sans grande difficulté, ce qu'il était absolument impossible de faire dans la journée. La bouche, cependant, ne peut pas s'ouvrir plus qu'il y a une heure.

Mais cet état, plus satisfaisant au point de vue de la contraction des muscles, ne tarde pas à s'aggraver : au bout de quelques minutes, le malade dit qu'il a envie de dormir, ses yeux se ferment à demi presque involontairement, mais cependant il peut les ouvrir quand on lui parle. Puis des contractions brusques, tétaniques du diaphragme et des muscles inspirateurs se produisent, dilatant de temps à autre la poitrine et faisant saillir la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen pendant un certain temps, sans qu'une inspiration suffisante puisse se produire.

Deux ou trois fois, à de courts intervalles, après cette exaspération de la contraction des muscles inspirateurs, le malade est devenu pâle, la peau du visage terne, cadavéreuse, et il semblait qu'il allait expirer ; mais peu à peu la respiration a pu se faire un peu plus facilement, et la coloration de la face est revenue petit à petit à peu près comme avant l'accès. Après ces accès, la respiration est restée très-accélérée, s'élevant jusqu'à 80 inspirations par minute; le pouls petit, très-fréquent, variant de 140 à 160 pulsations par minute. La peau de tout le corps est couverte de grosses gouttes de sueur. Pendant les accès, les muscles de la face et du cou se contractent aussi ; les peauciers et les sterno-mastoïdiens se dessinent sous la peau comme des cordes tendues ; mais à la face ce sont surtout les muscles dilatateurs de la bouche qui se contractent. Néanmoins, même pendant les accès, l'opisthotonos reste moins prononcé qu'avant; mais le trismus a plutôt augmenté que diminué. Pendant ces accès aussi le malade se plaint surtout de douleurs épigastriques, que la pression largement exercée avec la paume de la main pendant l'expiration soulage ; peut-être est-ce en facilitant l'expiration.

A une heure et quart du matin, le calme est un peu revenu, mais la respiration reste haute, fréquente, l'inspiration brusque (64 inspirations par minute); le pouls est plus petit, toujours très-fréquent (150 pulsations par minute). De temps en temps, il y a encore des contractions brusques et permanentes pendant quelques instants des muscles sous-

hyoïdiens et des autres muscles dilatateurs de la poitrine, mais sans suffocation imminente.

A une heure et demie du matin, à peu près même état; le trismus est peut-être un peu moins marqué. — Injection de 20 gouttes de la même solution de curare.

A trois heures et demie du matin, au moment où j'arrive auprès du malade, il fait entendre des gémissements; sa face est très-pâle, cadavéreuse; les yeux ternes, les pupilles très-dilatées; il vient d'avoir un de ces accès de contracture des muscles inspirateurs dont j'ai parlé; les lèvres sont violettes, la respiration se fait à peine; le malade exécute quelques mouvements automatiques avec les membres supérieurs.

Au bout de quelques instants, la coloration de la face revient un peu; mais un nouvel accès se produit presque aussitôt, et le malade succombe quelques instants après.

Très-peu de temps avant mon arrivée, le malade était à peu près dans l'état où je l'avais laissé à une heure trois quarts du matin, au dire de l'infirmier auquel il venait de parler.

Quelle quantité de curare a été injectée, et par conséquent quelle quantité le malade a-t-il dû en absorber? Or on lui a injecté :

1° 10 gouttes d'une solution de curare au 100e;

2° 253 gouttes d'une seconde solution contenant 0,30 de curare pour 11,30 de solution;

3° 170 gouttes d'une troisième solution contenant 0,53 de curare pour 13,88 de solution.

En admettant que le poids d'une goutte de ces solutions soit à peu près de 0,038, il s'ensuit que le poids des dix gouttes de la première solution est de 0,38, contenant 0,0038 de curare; que le poids des 253 gouttes de la deuxième solution est de 9,614, contenant 0,255 de curare; que le poids des 170 gouttes de la troisième solution est de 6,460, contenant 0,246 de curare. Donc le malade a dû absorber en totalité $0,0038 + 0,255 + 0,246 = 0,5048$ de curare, ou environ 50 centigrammes.

Autopsie faite quarante-huit heures après la mort.

Le cerveau et la moelle sont très-fermes, superficiellement injectés.

Adhérences des deux poumons aux parois thoraciques, du foie et de la rate au diaphragme.

Poumon droit rétréci, comprimé par une poche pleurale remplie d'une matière semblable à du mastic liquide. Cette poche est parfaite-

ment circonscrite par une pseudo-membrane épaisse de 1 millimètre environ, recouverte de petites ecchymoses et de taches pigmentaires. Le poumon, qui à la coupe présente une couleur rosée, surnage bien.

A la partie supérieure et postérieure du poumon gauche se voient deux masses de tissu pulmonaire noirâtre, mais qui surnagent également.

Rien de particulier au cœur.

Légère congestion rénale ; ecchymoses dans le tissu cellulaire des muscles du bras, sur le trajet des nerfs, sur le nerf radial surtout, au niveau du pli du coude. Ecchymose considérable sur le médian, au pli du coude, dans l'étendue de 8 à 10 centimètres, depuis le tiers inférieur du bras jusqu'au milieu de l'avant-bras. On en trouve également sur le trajet du nerf cubital.

A la partie inférieure de la région dorsale de l'avant-bras se trouve une excavation profonde s'étendant au-dessous des tendons des extenseurs des doigts intacts. Dans cette cavité, le radius se trouve à nu ; les muscles qui se rendent au pouce sont déchirés. Le radius est à nu dans l'étendue de 6 centimètres, sur sa face interne et postérieure. L'épiphyse inférieure du radius est décollée. L'articulation radio-cubitale inférieure est remplie de pus. Le fragment supérieur est fendu longitudinalement dans l'étendue de 6 à 7 centimètres. Oblitération de l'artère radiale au niveau de la plaie. Articulations radio-carpienne et du coude intactes.

M. DEGUISE demande à présenter quelques observations à propos de ce cas. Il lui semble que la question du curare s'embrouille de plus en plus. Il demande à M. Follin si des injections de curare aussi rapprochées que celles qui ont été faites à son malade ne peuvent pas être nuisibles. Il ne faut pas oublier, en effet, que chez les animaux les effets toxiques de cet agent ne se sont montrés, en général, qu'une ou deux heures après son introduction dans l'économie, et que, avant ce temps, ils n'ont rien éprouvé. Il est rare de voir la mort suivre de très-près l'injection du curare. Dans un cas, il s'est écoulé trois heures avant l'apparition des accidents.

En résumé, avec un agent dont les résultats sont aussi variables que ceux produits par le curare, notre collègue est d'avis qu'il pourrait y avoir danger à rapprocher les injections autant que cela a été fait dans l'observation de M. Follin.

M. FOLLIN. Pour juger de l'action produite par le curare sur mon malade, je ne pouvais consulter que l'état des muscles. C'était le seul thermomètre physiologique qui pût me fournir des indications précises,

et c'est par lui que je me suis laissé guider. Après avoir injecté quelques gouttes de curare seulement, voyant la contracture du masséter persister, j'ai dû continuer; sans cela je n'aurais eu aucune garantie thérapeutique. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le tétanos est une maladie qui, en général, tue très-vite. Celui que j'observais était des plus graves et devait promptement se terminer par la mort; ne pouvant compter sur l'efficacité des autres moyens connus, j'ai dû entrer franchement dans la médication à laquelle je m'étais arrêté. En somme, j'ai employé moins de curare que M. Manec ne l'avait fait dans un autre cas.

M. BROCA. Il ne faudrait pas oublier que les gouttes qui ont été injectées en se servant de la seringue de Pravaz, n'équivalent qu'au quart des gouttes ordinaires.

M. FOLLIN. Dans le calcul que nous avons fait, nous avons admis que chacune de nos gouttes représentait en poids 3 centigrammes et une fraction.

M. BROCA. Il est bien entendu que je n'entends en aucune façon critiquer ce qui a été fait. Je n'ai d'autre but que de m'instruire et d'être utile aux malades.

M. Deguise a pensé qu'on avait agi trop activement. Je suis d'une opinion contraire. Il me semble que la quantité de curare qui a été introduite n'a pas été suffisante. La centième partie d'une solution de curare doit être à peu près nulle. Je m'en suis assuré auprès de M. Martin-Magron, qui a fait de nombreuses expériences avec cet agent. Pour obtenir un effet, il en faut 3 ou 4 centigrammes. Il ne faut pas oublier, en outre, que son action varie selon les tissus avec lesquels on le met en contact.

D'après Fontana, 2 milligrammes auraient suffi quelquefois pour certains animaux, quand ils étaient introduits dans le tissu musculaire. Les autres tissus absorbent beaucoup moins vite. J'en conclus que les premières injections de M. Follin doivent être considérées comme n'ayant pu avoir aucune influence; car il ne faut pas oublier que le curare est très-promptement éliminé, et si la quantité qui reste dans l'économie est par trop minime, on comprend qu'elle puisse être sans action. En un mot, il faut que l'absorption du curare soit de beaucoup supérieure à son élimination.

En terminant, M. Broca reconnaît que la nouvelle tentative de M. Follin est peu encourageante.

M. FOLLIN fait remarquer qu'il a employé 25 centigrammes de curare dans la première partie de son expérience.

M. CHASSAIGNAC a déjà entretenu la Société d'un malade sur lequel il avait été obligé de pratiquer la ligature de la carotide primitive pour arrêter une hémorrhagie grave, qui s'était déclarée pendant l'ouverture d'un abcès rétro et latéro-pharyngien.

Cet homme, qui n'est pas entièrement guéri, veut quitter l'hôpital, et notre collègue a pensé que la Société le verrait avec intérêt.

Plusieurs trajets fistuleux existent encore. On constate un gonflement notable de la portion cervicale de la colonne vertébrale. Plusieurs ganglions de la région ont notablement augmenté de volume. Cependant la santé générale est assez bonne. La voix a repris son timbre normal.

Ce malade ayant promis de revenir à l'hôpital, son observation complète sera ultérieurement publiée dans les Bulletins de la Société.

— M. le docteur PERRIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Remarques au sujet du chloroforme introduit dans l'organisme.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Richet, Gosselin et Michon.

M. GUERSANT met sous les yeux de la Société une jeune fille de 13 ans, qui porte dans la région mastoïdienne droite une tumeur molle et bosselée d'un volume assez considérable. Cette tumeur aurait commencé à se développer il y a quatre ans. Une seconde tumeur, beaucoup plus petite, existe sur la voûte palatine, et paraît de même nature que la première à notre collègue, qui demande ce qu'il faut faire dans un pareil cas. On remarque en même temps sur le maxillaire inférieur et à droite, au niveau des deux premières molaires, une tumeur osseuse peu considérable, qui a succédé à un abcès qui s'était développé dans cette région l'hiver dernier.

M. DEPAUL. Cette tumeur m'en rappelle une fort singulière que j'ai eu occasion d'enlever, il y a deux ou trois ans, sur un malade de l'hôpital Necker. Elle existait à la région occipitale, et était formée par la peau de cette région considérablement hypertrophiée, et qui retombait sur les épaules, recouvrant toute la région postérieure du cou. Au toucher, on avait la sensation de petits cylindres durs, dont quelques-uns avaient le volume d'une petite plume d'oie, et qui roulaient sous la peau. Après avoir beaucoup hésité, et après avoir fait de nombreuses hypothèses sur la nature de cette tumeur, qui n'était pas douloureuse et qui ne gênait que par son volume, le malade demandant avec instance qu'on l'en débarrassât, je pratiquai l'opération. Il en résulta une plaie considérable, dont une partie seulement put être réunie par des

points de suture ; il ne survint pas d'accidents, et quelque temps après le malade sortit guéri.

Je remis la pièce à M. Verneuil, qui voulut bien la disséquer, et nous constatâmes que la tumeur était en grande partie formée par les nerfs de cette région considérablement hypertrophiés. Elle fut à cette époque présentée à la Société anatomique. Je regrette que notre collègue ne soit pas présent à la séance, il pourrait ajouter quelques détails sur ce fait curieux et peut-être unique dans la science.

Sans affirmer que la tumeur de la malade de M. Guersant soit de même nature, elle m'a paru offrir quelques caractères qui m'ont fait penser à celle dont je viens de parler. Ainsi elle est surtout constituée par un épaississement de la peau, et j'ai constaté dans son épaisseur quelques cordons durs et mobiles. Dans tous les cas, il me semble qu'il est parfaitement indiqué d'en débarrasser la malade.

J'ajouterai, pour répondre à une question de M. Deguise, que l'aspect de la peau chez mon malade n'était pas le même que dans le cas présent. Il était à peu près normal, tandis qu'ici on constate une espèce de boursouflement œdémateux.

M. GUERSANT fait observer que ce qui le fait hésiter à entreprendre une opération, c'est l'existence de la tumeur de la région palatine.

M. CHASSAIGNAC. Je pense que dans l'intérêt de la malade il convient de ne pas rester inactif. Il est urgent d'éclairer le diagnostic de la tumeur de la voûte palatine. Une ponction exploratrice n'aurait aucun inconvénient. Si cette tumeur est de mauvaise nature et si on reste inactif, elle ne tardera pas à compromettre la vie. A la rigueur, rien ne presse pour les autres tumeurs, et si plus tard on se décidait à opérer celle de la région mastoïdienne, je conseillerais de se servir de l'écraseur linéaire, et de l'enlever en deux portions par une double opération.

M. HUGUIER. Il s'agit là de plusieurs états pathologiques qui me paraissent indépendants. En ce moment la tumeur de la voûte palatine est peu volumineuse et bien circonscrite. Je crois, comme l'a dit M. Chassaignac, qu'il convient de l'enlever, et c'est par là que je commencerai. Quant à la tumeur extérieure, elle paraît résulter d'une sorte d'hypertrophie du derme. Quand on la palpe, on sent des ondulations qui rappellent celles de l'intestin, et la première idée qui m'est venue, c'est qu'il y avait au-dessous d'elle des veines dilatées. Quoi qu'il en soit, si elle augmente de volume, je suis d'avis qu'il faut l'enlever et se servir pour cela de l'écraseur linéaire.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 16 novembre 1859.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Guersant, à propos du procès-verbal, annonce à la Société qu'il a porté le fer rouge sur la tumeur palatine de la petite fille qu'il a fait voir dans la dernière séance, et qu'il se propose d'enlever la tumeur du cuir chevelu dont cette enfant est atteinte, au moyen de l'écraseur linéaire. Il tiendra la Société au courant des résultats de ces opérations.

M. Verneuil considère la tumeur du cuir chevelu dont on a parlé comme une tumeur éléphantiasique de la peau. Elle ne ressemble en rien à celle qu'a enlevée M. Depaul : cette dernière était constituée par l'hypertrophie des rameaux du plexus cervical, développés et entremêlés au point de rappeler l'aspect d'un volumineux amas de vers de terre. La pièce anatomo-pathologique a été présentée par lui à la Société anatomique. L'extirpation de ce véritable névrome cylindrique fut très-douloureuse, et arracha des cris au malade pendant toute sa durée, malgré l'administration du chloroforme.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Giraldès fait voir un enfant de seize jours, qui présente un exemple rare, selon lui, de l'affection décrite par Woudser, Otto Gilles et d'autres chirurgiens, sous le nom d'hygroma cystique du cou. La tumeur s'étend du lobule de l'oreille gauche, qu'elle soulève, à la fourchette du sternum, et de l'apophyse mastoïde au milieu de la joue. Elle n'a pas altéré la coloration de la peau ; elle est mollasse, et offre la consistance de la poche des eaux dans l'intervalle des contractions utérines. Elle semble bilobée à l'intérieur, et renferme deux corps durs et flottants, sur la nature desquels l'opinion de M. Giraldès n'est pas fixée.

La composition anatomique de ces tumeurs, que Radenbach désigne sous le nom de ranules congénitales, est, en effet, très-variable, et ces corps flottants peuvent être aussi bien des kystes que des vaisseaux ou des débris de fœtus.

La conduite que M. Giraldès se propose de tenir est de faire dans la tumeur une ponction exploratrice.

Selon la nature du liquide obtenu, il l'évacuera par des ponctions successives, si l'enfant se porte bien, sinon il s'abstiendra de tout traitement.

M. BOINET, dans un cas semblable, a fait une fois avec succès une ponction suivie d'injection iodée.

Il signale un mémoire de M. Jules Roux sur cette affection, que le chirurgien de Toulon a rencontrée deux fois chez des sujets très-jeunes, et qu'il a traitée par des ponctions suivies d'injections.

M. MOREL-LAVALLÉE a disséqué quelques tumeurs pareilles à celle que vient de faire voir M. Giraldès. Il les distingue en deux classes : celles qui sont constituées par de petits kystes éloignés les uns des autres et renfermés dans une poche commune, et celles qui sont formées de petits kystes accolés les uns aux autres.

Cette disposition anatomique lui semble donner l'explication de l'insuccès des ponctions et des cautérisations dont il a été témoin dans la thérapeutique de cette affection. Il se propose à l'avenir d'employer pour ponctionner ces kystes un trocart muni d'une canule fenêtrée dans toute sa longueur, et de faire plusieurs ponctions dans des sens différents, afin d'ouvrir et de mettre en rapport avec les fenêtres de la canule le plus grand nombre possible ou la totalité des kystes multiples dans lesquels il pousserait une injection iodée.

M. RICHARD rappelle que le premier il a signalé le développement fréquent des kystes du cou dans les ganglions lymphatiques.

M. ROBERT pense que l'enfant présenté par M. Giraldès offre un exemple des kystes congénitaux du cou qu'on voit assez fréquemment.

Ils diffèrent de ceux qu'a signalés M. Richard, et qui ne se rencontrent que chez les adultes; ce sont des kystes séreux tout à fait étrangers aux ganglions.

La disposition multiloculaire, ou la multiplicité de ces kystes, est chose grave au point de vue de la thérapeutique. M. Robert a vu dernièrement un cas de ce genre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Legroux. Le diagnostic en fut très-facile; il ne pouvait être confondu avec une tumeur hématique, et présentait quelques duretés dans son intérieur. Une ponction exploratrice vida le kyste principal; mais les kystes plus petits restèrent intacts. Le liquide se reproduisit dans la poche, et l'enfant sortit sans être guéri.

M. Robert avait pensé à fendre la tumeur dans toute sa hauteur, et à en laver l'intérieur avec un liquide iodé ou désinfectant pour conjurer les accidents possibles de la suppuration. Une opération ainsi pratiquée eût été différente de celle qu'a faite M. Nélaton, et qui fut sui-

vie de mort. Dans ce cas, après l'excision des parois de la tumeur, la plaie avait été réunie, et une nouvelle poche remplie de pus au lieu de liquide séreux avait pris la place du kyste.

M. GIRALDÈS insiste sur l'inconnu qui règne encore dans la composition anatomique des tumeurs dont il est question. Jusqu'à présent, on y a rencontré des kystes séreux multiloculaires, en effet, mais on y a rencontré aussi des kystes dus à des dilatations veineuses qui se limitent et s'isolent ultérieurement, et des inclusions fœtales. Dans le premier cas l'affection est assez simple, mais dans les autres il n'en est pas de même.

Gould, dans son mémoire, a donné des indications très-étendues sur les variétés de ces kystes et sur la thérapeutique qui leur est applicable. Le traitement, dans un grand nombre de cas, a été suivi de mort.

Malgré l'examen très-attentif et prolongé que M. Giraldès a fait de son petit malade, il est encore indécis sur la nature de la tumeur et sur la conduite qu'il tiendra.

M. BROCA croit que l'histoire anatomique des kystes congénitaux du cou est suffisamment connue pour suivre leur étiologie et les causes de leur siége de prédilection. Les kystes sont séreux, simples ou multiloculaires. Ces derniers donnent la sensation d'inclusions fœtales lorsqu'ils contiennent des kystes profonds.

L'ablation de ces kystes congénitaux multiples, continue M. Broca, est une question d'une haute gravité, à cause du danger des hémorrhagies chez les nouveau-nés, et de l'épuisement que détermine la suppuration d'une large plaie. J'ai pourtant été obligé de pratiquer cette opération au mois de juin 1855, sur un nouveau-né qui m'avait été présenté par M. Coffin. La tumeur avait le volume des deux poings; elle s'étendait en haut jusqu'au voisinage de l'occiput, descendait en bas et en avant jusqu'à la clavicule droite, paraissait s'enfoncer dans le creux sus-claviculaire et se prolongeait jusque sur la ligne médiane antérieure du cou, depuis la symphyse du menton jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la fourchette sternale. Cette tumeur était molle et fluctuante en certains points; ailleurs, et notamment dans ses parties profondes, elle était dure et paraissait solide. L'enfant était d'ailleurs bien conformé. Le jour de sa naissance, il alla assez bien et prit un peu de lait avec plaisir. Mais dès le lendemain la respiration devint très-difficile, et on vit paraître des symptômes d'asphyxie qni, les jours suivants, s'aggravèrent considérablement. M. Coffin jugea que l'enfant, abandonné à lui-même, n'avait plus que quelques jours à vivre; et lorsqu'il m'appela, le cas parut si

urgent, que je ne crus même pas pouvoir attendre le jour de la séance de la Société de chirurgie; je ne pus donc pas prendre l'avis de mes collègues.

Des ponctions pratiquées en avant et en arrière sur deux points fluctuants donnèrent issue, l'une à une sérosité transparente, l'autre à une sérosité sanguinolente. La tumeur s'affaissa à la suite de ces ponctions, mais la respiration ne devint pas plus libre. On sentit alors dans les parties profondes une masse dure, oblongue, assez circonscrite, constituée sans doute par d'autres kystes plus petits et plus distendus que les kystes superficiels. Le liquide des kystes se reproduisit rapidement; le lendemain, la tumeur était redevenue presque aussi grosse qu'auparavant, et l'asphyxie avait fait de nouveaux progrès.

Je me décidai alors à tenter l'ablation de cette tumeur avec l'aide de M. Coffin, et je préparai d'avance une solution de perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie à mesure qu'elle se produirait. Je réussis ainsi à terminer l'opération sans répandre beaucoup de sang. La dissection de la tumeur se fit sans difficulté en haut et en arrière; mais elle devint beaucoup plus délicate en avant, au niveau de la région carotidienne, et surtout en bas, dans le creux sus-claviculaire. La tumeur atteignait le cul-de-sac supérieur de la plèvre, et j'apercevais cette membrane agitée par les mouvements de la respiration. Il ne survint heureusement aucun accident immédiat. Dès le lendemain la respiration était libre; l'enfant résista très-bien pendant les premiers jours à une abondante suppuration. Au bout de quinze jours, lorsque je présentai la tumeur à la Société anatomique, l'opéré était dans un état très-satisfaisant, et nous commencions déjà à compter sur le succès, lorsque les parents de l'enfant changèrent de domicile et allèrent s'établir dans un quartier éloigné. C'étaient de pauvres gens, chargés d'une nombreuse famille, et j'ai lieu de croire que l'enfant fut fort mal soigné lorsqu'il fut privé des secours du bureau de bienfaisance dont M. Coffin est le médecin. Quoi qu'il en soit, quand je revis mon petit opéré, quatre ou cinq jours après le déménagement de sa famille, je le trouvai dans un état désespéré, et j'ai appris depuis qu'il avait succombé trois semaines après l'opération. Je pense que si ce pauvre enfant eût été placé dans de meilleures conditions, s'il eût été entouré de soins convenables, il eût eu de bonnes chances de guérison. Je ne dis pas cela pour recommander de traiter les kystes congénitaux du cou par la méthode de l'ablation. Cette méthode me paraît trop dangereuse, et je n'y ai eu recours qu'à cause de l'urgence du cas.

La tumeur se composait d'une innombrable quantité de kystes, dont

les plus petits avaient le volume d'un œuf de poisson. La masse dure centrale était constituée par une réunion de kystes de volume variable, et renfermant les uns de la fibrine coagulée, les autres une matière noire semblable à du marc de café.

M. GUERSANT a vu des kystes uniques et des kystes multiloculaires. Dans les premiers cas, il a obtenu deux ou trois succès par la ponction suivie d'injection iodée. Dans les seconds, où il a rencontré un liquide sanguinolent, il a été moins heureux, et il a vu survenir la suppuration, l'érysipèle et la gangrène. Il a eu davantage à se louer pour ceux-ci du passage à travers eux de fils en séton, comme il le pratique pour les abcès de la même région.

M. MOREL-LAVALLÉE rappelle à M. Guersant que, dans un cas qu'il a observé avec lui, la tumeur fut ouverte de haut en bas ; elle renfermait un liquide citrin, transparent et non sanguinolent. Après l'incision du kyste principal, des kystes plus petits et également transparents vinrent faire hernie entre les lèvres de la plaie.

Insistant de nouveau sur les avantages de la canule fenêtrée dont il a parlé tout à l'heure, M. Morel termine en demandant si l'électricité, récemment et heureusement appliquée au traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale, ne pourrait pas être employée avec le même succès et très-certainement avec innocuité, dans le cas d'inefficacité, à une affection aussi grave et aussi dangereuse à traiter que les kystes du cou.

M. GIRALDÈS s'élève contre l'exactitude des assertions de M. Broca, relativement à la nature des kystes congénitaux. Il rappelle que tous les détails qu'il a donnés se rapportent précisément à des kystes congénitaux, dans lesquels lui-même a rencontré des inclusions fœtales, et entre autres des dents.

M. BROCA n'admet pas que des kystes congénitaux par inclusion puissent être transparents. L'épithélium, la graisse et les autres éléments que renferment ces tumeurs doivent nécessairement s'opposer à leur transparence.

M. GUERSANT, répondant à l'observation de M. Morel-Lavallée, reconnaît que les kystes congénitaux ne sont pas tous sanguinolents.

Il a injecté du perchlorure de fer dans un de ces derniers, et il a obtenu le même succès qu'avec l'iode.

Il conseille une ponction exploratrice dans la tumeur de l'enfant présenté par M. Giraldès.

M. MICHON soumet à l'examen de la Société une petite fille âgée de

quatre mois, dont les doigts médius et annulaire de chaque main sont soudés ensemble. Il désirerait avoir l'avis de ses collègues sur l'opportunité d'une opération applicable à ce vice de conformation, et sur l'époque à laquelle il conviendrait de la pratiquer.

M. DEGUISE a opéré par le procédé de M. Didot une fille âgée de dix ans. Le résultat de l'opération, tout d'abord favorable, fut compromis par des accidents d'inflammation et de dégénérescence des plaies. Une nouvelle opération fut faite sept ou huit mois après la première ; elle consista à tailler un lambeau dont la base répondait à l'origine des doigts et le sommet à la bride cicatricielle, et à le rabattre dans l'intervalle des doigts de la face dorsale vers la face palmaire de la main, de façon à constituer une commissure de tissu sain. Le succès fut complet.

Pour l'enfant présenté par M. Michon, M. Deguise attendrait qu'il fût plus âgé avant de l'opérer.

M. VERNEUIL, dans un cas de syndactylie cicatricielle, a mis en usage l'opération de Zeller, que vient de décrire M. Deguise, sur un adulte de dix-huit à vingt ans. La réunion n'eut pas lieu, mais néanmoins le lambeau étant resté à la base des doigts, on put, au moyen de pansements bien dirigés, assurer le succès de l'opération.

L'opération de M. Didot expose, selon M. Verneuil, à la dénudation des tendons et à des phlegmons diffus ; elle ne donne pas toujours des lambeaux suffisants, et ne se prête pas à leur exacte réunion. Aussi, M. Verneuil considère-t-il comme supérieur le procédé de Zeller, en recommandant l'emploi d'un appareil propre à maintenir les doigts dans le plus grand écartement possible.

L'enfant présenté par M. Michon lui paraît trop jeune pour être opéré.

M. GIRALDÈS est d'avis qu'on ne saurait trop tôt opérer les vices de conformation ; il conseille donc d'opérer immédiatement le jeune sujet soumis à l'examen de la Société.

Le choix du procédé à mettre en usage est subordonné pour lui à l'épaisseur des palmes qui réunissent les doigts.

Il s'est servi, sur un malade à qui M. Jarjavay avait passé sans succès un anneau métallique à la hauteur de la commissure interdigitale, de l'écrasement pratiqué avec une pince pour détruire la réunion anormale. Il réussit à isoler l'indicateur du médius, mais il échoua dans sa tentative de séparer celui-ci de l'annulaire, ces deux derniers doigts étant réunis par un tissu fort épais.

M. GUERSANT a eu recours en vain au procédé de l'anneau et à celui de M. Didot ; il a dû un succès à celui de Zeller.

Son avis, qui est aussi celui de Chélius, est qu'il ne faut pas opérer de bonne heure.

M. DEGUISE, dans deux dissections qu'il a faites, n'a pas trouvé de soudure entre les os des phalanges. Il demande à ses collègues si cette union osseuse a été souvent rencontrée.

M. GUERSANT a vu cette disposition sur les deux premiers orteils et aux deux pieds d'une dame dont la mère et la grand'mère présentaient le même vice de conformation.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (3e fascicule, t. IV.) ; sept. 1859, in-8°.

2° Friedrich Esmarch. *Die Behandlung der narbigen Kieferklemme* (*Traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires*) ; Kiel, 1860; in-4°.

3° Francesco Rizzoli. *Operazioni chirurgiche eseguite in diversi casi onde togliere la immobilità della mascella inferiore* (Opérations chirurgicales exécutées dans divers cas pour faire cesser l'immobilité de la mâchoire inférieure) ; Bologne, 1858, in-4°.

4° Fr. Rizzoli. *Risultamenti ottenuti col metodo della compressione nella cura di alcuni aneurismi esterni* (Résultats de la méthode de la compression dans le traitement de quelques anévrysmes externes) ; Bologne, 1859, in-4°.

5° R. Chassinat. *Mémoire sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes* ; Paris, 1858, in-8°.

— **M. HOUEL** fait hommage à la Société d'un exemplaire de son *Mémoire sur l'encéphalocèle congénitale* ; Paris, 1859, in-8°.

— M. le docteur Pain, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'asile des aliénés de Clermont (Oise), adresse à la Société un travail manuscrit intitulé : *De l'ostéo-myélite du tibia*. Ce travail renferme deux observations recueillies, l'une par M. le docteur Pain, l'autre par M. le docteur Mahieux, ancien interne des hôpitaux de Paris L'amputation ayant été pratiquée dans les deux cas, les auteurs ont pu joindre à leurs observations les pièces anatomiques, qui sont fort remarquables. Une commission composée de MM. Gosselin, Richet et Houel est chargée de faire un rapport sur ce travail.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LOYSEAU présente deux enfants qui tous deux ont été atteints de fracture de la partie moyenne de la clavicule droite. Le déplacement des fragments, très-considérable chez l'un, n'existait pas chez l'autre. Tous deux sont guéris sans déformation. L'appareil dont M. Loyseau s'est servi a consisté en plaques de carton mouillé, appliquées sur la région, recouvertes de coton pour combler les creux sus et sous-claviculaires, et maintenues par un 8 de chiffre; un corset de Brasdor fixant le bras a complété cet appareil.

M. CLOQUET rappelle que les fractures de la clavicule, comme les fractures du fémur, se consolident très-souvent sans déformation chez les jeunes enfants.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 23 *novembre* 1859.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. DEGUISE, à propos du procès-verbal, rappelle à la Société qu'il a annoncé avoir obtenu un succès dans un cas de syndactylie opérée par le procédé de Zeller. Il présente aujourd'hui la jeune enfant qui a fait le sujet de sa précédente communication, et il fait hommage à la Société de trois moules en plâtre représentant, l'un le vice de conformation avant toute opération, l'autre l'état des parties après l'opération par le procédé de M. Didot, le troisième enfin, le résultat définitif obtenu par le procédé de Zeller, après quinze ou seize mois.

M. Deguise ajoute aux reproches adressés déjà par M. Verneuil au procédé de M. Didot, celui de placer une cicatrice longitudinale sur la face dorsale de l'un des doigts et sur la face palmaire de l'autre, disposition qui expose le premier à rester étendu, et le second à rester fléchi.

M. GUERSANT, considérant avec tous les membres de la Société le résultat obtenu par M. Deguise comme très beau, désirerait cependant

revoir la malade dans deux ou trois ans, afin de constater la non-reproduction de la difformité.

M. LE PRÉSIDENT adresse des remercîments à M. Deguise pour le don des plâtres fait par lui à la Société.

M. GIRALDÈS a examiné lundi dernier avec M. Legouest, dans un local convenablement disposé, l'enfant atteint de kyste congénital du cou, qu'il a fait voir dans la dernière séance. Ni M. Legouest ni lui n'ont pu constater de transparence dans le kyste.

Une ponction faite dans le kyste a donné issue à un liquide teinté de rouge qui, examiné au microscope, a offert dans sa composition un grand nombre de globules sanguins à tous les états et des cristaux d'hématoïdine. Abandonné au repos pendant vingt-quatre heures, le liquide est devenu citrin et a laissé déposer au fond de l'éprouvette qui le contenait une couche de couleur rouge-vif, formée de globules sanguins.

L'exploration de la tumeur, devenue plus facile après sa ponction, a permis de constater, outre la masse qui en forme la base, d'autres masses incluses mi-parties libres dans la tumeur et mi-parties adhérentes aux parois profondes du kyste principal. L'enfant a été pris de muguet, et tout fait présumer qu'il succombera.

M. BOINET a recherché les observations de M. J. Roux sur les kystes congénitaux qu'il a citées dans la dernière séance : elles sont contenues dans le *Bulletin de thérapeutique du Midi*, année 1856. Les kystes vus et opérés par M. J. Roux étaient des kystes multiloculaires, sanguins et d'un volume très-considérable. Il les ponctionna avec une sonde cannelée aiguë, sur laquelle il conduisit un ténotome mousse pour couper à l'intérieur les brides, les loges et les kystes profonds ; il y poussa ensuite une injection d'iode et d'eau à parties égales.

L'un des enfants guérit en un mois, l'autre en trois.

M. Boinet conclut de ces observations que les injections iodées, précédées du morcellement sous-cutané, peuvent être appliquées à la thérapeutique des kystes congénitaux du cou.

M. CHASSAIGNAC, dans les cas dont il s'agit, croit à la vertu thérapeutique des injections iodées. Il n'y a point eu recours, cependant, dans le traitement de deux kystes soumis à son observation. Il a passé dans tous les deux des tubes de caoutchouc fenêtrés : l'un a guéri en très-peu de jours, l'autre se remplit dès le lendemain de caillots sanguins, ce qui détermina M. Chassaignac à l'inciser ; il guérit néanmoins après avoir suppuré.

M. Chassaignac convient que la nature des kystes expose dans leur traitement à de graves accidents.

M. GIRALDÈS pense que la thérapeutique des kystes congénitaux varie selon leur nature.

Chez les enfants nouveau-nés, dont 1/10e succombe pendant le premier mois et la moitié dans les cinq premières années (1), l'inflammation et les hémorrhagies sont des accidents très-redoutables des opérations. Aussi pense-t-il qu'il est plus rationnel de chercher à diminuer le volume des kystes congénitaux par n'importe quel moyen que de les opérer. De plus, ces kystes n'empêchant pas nécessairement les enfants de continuer à vivre, il convient d'attendre que ceux-ci aient trois ou quatre ans pour les soumettre à une opération.

M. MOREL-LAVALLÉE a rencontré dans une autopsie un kyste dont la description mérite de trouver place ici.

Situé sur l'épaule du côté droit, ce kyste congénital, du volume d'un cœur d'enfant, formait une tumeur molle non fluctuante. Son apparence était fibro-musculaire, et les cavités multiples qui le composaient étaient cloisonnées par des fibres charnues et tendineuses comme celles du cœur, au point de rendre une méprise possible.

M. BOINET donne de nouveaux détails sur les malades de M. J. Roux. L'un, dont le kyste renfermait un liquide séro-sanguinolent, fut vu six mois après l'opération par M. Martinencq : il était parfaitement guéri; l'autre, dont le kyste contenait un liquide brun, était guéri trois mois après l'opération.

M. FOLLIN a rencontré sur un enfant nouveau-né un kyste énorme occupant la partie latérale droite du cou : entre la tumeur et la poitrine, une ulcération s'était formée. L'enfant était dans un état de santé presque désespéré. On fit néanmoins la ponction du kyste, qui donna issue à un verre et demi de liquide séreux. La cicatrisation de l'ulcération s'opéra, et l'état de l'enfant devint meilleur.

Une nouvelle ponction fut faite quinze jours après la première, et donna un liquide sanguin.

L'état général s'améliorant progressivement, le développement du kyste s'est arrêté ou à peu près.

M. Follin pense que, grâce à la simple ponction qu'il a faite, il a pu conjurer les accidents dont l'enfant était menacé, et accorde une certaine confiance à ce moyen palliatif.

(1) Quételet. *Sur le développement de l'homme, etc.* Paris, 1835.

Morbus coxæ senilis simulant une fracture du col du fémur. — A l'occasion de la discussion qui a suivi la présentation des pièces envoyées à la Société par M. Viennois, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. le docteur Charles Rouhier, de Granges-le-Château (Côte-d'Or), adresse une observation dont voici le résumé :

Un homme, âgé de soixante-dix ans, tomba du haut d'un toit et fut apporté à l'hôpital. Le pied droit était tourné en dehors, et en imprimant des mouvements au membre, on sentait une crépitation manifeste au niveau de la région coxo-fémorale ; on diagnostiqua donc une fracture du col du fémur, quoiqu'il n'y eût pas de raccourcissement. Ce qui contribua beaucoup à faire accepter ce diagnostic, ce fut l'existence d'une ecchymose et d'une tuméfaction notable au niveau du grand trochanter, indiquant que le sujet était tombé sur cette partie du corps.

Les deux membres inférieurs furent rapprochés et fixés sur des coussins disposés en forme de double plan incliné.

Après un séjour de quatre mois à l'hôpital, le malade mourut, et on reconnut à l'autopsie qu'il n'y avait point de fracture. La crépitation et la déviation du membre étaient le résultat d'une maladie spontanée de l'articulation coxo-fémorale, qui présentait les lésions du *morbus coxæ senilis.*

Abcès du canal médullaire du tibia; ouverture spontanée; guérison. — Cette observation a été adressée à la Société par M. le docteur Azam, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, à l'occasion du cas de trépanation du tibia récemment communiqué par M. Broca.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de cette observation, en rappelant que M. Benz a déjà publié un fait analogue.

Le fait de M. Azam présente toutefois ceci de particulier, que l'élimination spontanée du pus n'a pas été, comme dans le cas de M. Benz, le résultat d'un travail d'absorption ou d'ulcération de la paroi compacte du tibia ; le pus a été évacué à la suite de la chute d'un séquestre large d'environ 1 centimètre. Ce fait diffère encore de ceux qui ont été étudiés par MM. Brodie et Broca, sous le point de vue de la cause, qui a été traumatique, comme chez les malades de Duverney et de Ravaton.

Les téguments avaient été déchirés dans une grande étendue et l'os avait été violemment contus, quoique le périoste ne parût pas arraché. Cette affection diffère donc à plusieurs égards des abcès chroni-

ques simples du canal médullaire. L'observation de M. Azam n'en est pas moins fort intéressante, et la Société décide qu'elle sera insérée au *Bulletin*.

« M..., âgé de trente-six ans, d'une constitution robuste et d'une très-bonne santé habituelle, vient me consulter au mois de juillet 1856.

» Cet homme, mécanicien au chemin de fer du Midi, s'est laissé tomber de sa machine, et sa jambe gauche a heurté violemment le marchepied. Les parties molles ont été déchirées dans un espace de 10 à 12 centimètres, au niveau du quart inférieur de la jambe; l'os est violemment contus. Cependant le périoste n'est pas arraché. L'emploi des irrigations d'eau froide calme les premiers accidents, et après une dizaine de jours de repos, la plaie est en bonne voie de cicatrisation. Environ vingt jours après, et au moment où il était sur le point de reprendre son travail, M... ressent dans la jambe des douleurs profondes, qui s'exaspèrent surtout la nuit; les calmants, les cataplasmes et tous les moyens ordinaires sont sans effet; bientôt le malade maigrit, ses souffrances sont devenues constantes. Le tibia, au point contus, est manifestement plus développé qu'à l'état normal. Il est peu sensible à la pression. En présence de ces signes, je diagnostique un abcès du canal médullaire, et je propose au malade la trépanation de l'os.

» M... refuse cette opération. Alors la saison étant convenable, je l'envoie à Baréges avec une lettre pour M. le docteur Pagès, inspecteur.

» Deux mois après, le malade revient presque guéri et me donne les détails suivants :

» M. Pagès a partagé ma manière de voir; il a soumis le malade, aussitôt son arrivée, à l'action d'une douche sulfureuse puissante; huit ou dix jours après la jambe s'est tuméfiée; les douleurs ont augmenté, en présentant un caractère d'acuité qu'elles n'avaient pas eu jusqu'alors; la peau est devenue rouge, la cicatrice s'est rouverte et ses bords se sont renversés en dehors. Un jour, après avoir souffert plus vivement que de coutume, le malade a trouvé dans les pièces de pansement une petite plaque osseuse de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à bords déchiquetés et rugueux; en même temps, il était sorti du fond de la plaie une quantité de pus que le malade évalue à environ une cuillerée à bouche. A partir de ce jour, les douleurs ont cessé; la plaie osseuse s'est comblée lentement, et la cicatrisation s'est faite comme la première fois. Sept semaines après ce remarquable tra-

vail d'élimination, la cicatrisation est presque complète, mais la peau, dans un espace assez étendu, paraît adhérente à l'os.

» J'ai revu quelques mois après ce malade, la guérison est devenue définitive. Il a repris son travail et se sert de sa jambe comme avant l'accident. »

Note sur l'amputation sus-malléolaire, avec deux observations nouvelles. — M. LABORIE. En juin 1858, notre collègue M. Larrey présentait un malade amputé depuis dix mois dans la région sus-malléolaire.

Le membre atrophié offrait une conicité remarquable; une ulcération persistante sur la cicatrice permettait de reconnaître une altération des extrémités osseuses frappées de nécrose.

M. Larrey, s'appuyant sur ce fait et sur d'autres analogues soumis à son observation, insistait sur les inconvénients inhérents à l'amputation sus malléolaire, et fixait l'attention de la Société sur une question de pratique non encore résolue. Il se demandait si cette opération, en raison des difficultés et des lenteurs qu'elle présentait pour amener le membre à une guérison capable de permettre l'emploi de moyens prothétiques convenables, était vraiment applicable à tous les individus, quelle que fût leur condition sociale.

En juillet 1858, l'occasion m'était donnée de vous communiquer deux observations d'amputation pratiquée suivant cette même méthode.

Un premier malade amputé depuis quatorze mois n'avait pas encore son moignon cicatrisé.

Un second amputé depuis six mois était dans le même état.

Chez ces deux malades, le membre mutilé était amaigri, et des souffrances vives et continues faisaient regretter, à l'un d'eux surtout, de n'avoir pas été amputé au lieu d'élection.

Dans ces trois cas, en y comprenant celui de M. Larrey, l'amputation avait été faite suivant la méthode circulaire. La cicatrice, déprimée au centre du moignon, était adhérente.

M. Robert, dans la discussion qui suivit cette présentation, attribuait les mauvais résultats obtenus au procédé opératoire, et il conseillait de recourir à l'amputation à lambeau.

En décembre de cette même année, je présentais encore deux cas nouveaux.

Le premier amputé, toujours suivant la méthode circulaire, avait subi son opération depuis neuf mois. La jambe était considérablement amaigrie. Ainsi, au-dessus du moignon, nous trouvions 5 centimètres de circonférence de moins qu'au même point sur le membre sain.

Le deuxième malade, opéré seulement depuis quatre mois, offrait le plus parfait résultat. L'amputation, pratiquée par M. Voillemier, avait été faite en conservant un large lambeau postérieur, et dans ce lambeau étaient compris le tendon d'Achille et une partie de la peau du talon.

En comparant ce résultat à ceux consécutifs à l'amputation circulaire, j'insistais sur la préférence à donner à l'amputation à lambeau, partageant complétement les opinions émises précédemment par M. Robert.

Je suis heureux de pouvoir ajouter deux nouveaux faits à ceux que je viens de rappeler, et leur signification m'a paru assez tranchée pour nous permettre de faire un nouveau pas vers la solution de la question soulevée par M. Larrey.

J'ai reproduit les deux moignons par la moulure, pour que vous puissiez juger d'une façon précise de la forme et de la disposition de la cicatrice. Le premier malade a été opéré par M. Huguier, il se nomme D... (François); il est âgé de vingt-neuf ans. L'amputation a été faite pour une tumeur blanche du pied; elle fut pratiquée le 26 mars 1859.

C'est le 10 juin que ce malade fut admis dans mon service. Dès lors la cicatrice était parfaite. On pouvait reconnaître sur le membre le procédé suivi par le chirurgien. Deux lambeaux avaient été taillés, l'un postérieur, plus étendu, l'autre antérieur. La cicatrice linéaire, transversale, non adhérente, occupe la partie la plus antérieure de la surface terminale du membre. On peut presser sur l'extrémité du membre sans déterminer de douleur. Dans les premiers jours de septembre, le malade sortait sans que rien ait paru démentir la solidité de la cicatrice.

Le deuxième malade a été amputé le 25 avril 1859. Nous avions déjà reçu ce malade dans notre service quelques mois avant. Il avait, en effet, subi successivement deux amputations partielles du pied : on n'avait jamais pu obtenir de cicatrisation. L'état général, fortement altéré par les douleurs, par la continuelle suppuration, fut avantageusement modifié par le séjour à l'Asile impérial. Mais nous ne fûmes pas aussi heureux quant à la mauvaise disposition de l'état local; aussi le malade, désireux de subir une nouvelle opération, voulut il retourner à l'hôpital.

M. Richard, qui l'avait déjà opéré, lui pratiqua l'amputation de la jambe dans la région sus-malléolaire.

Opéré le 25 mai 1859, il nous revint en octobre complétement guéri. M. Richard avait suivi le procédé de M. Voillemier : un large lambeau

postérieur comprenant également le tendon d'Achille, avait recouvert la plaie; et, comme on peut le voir sur la reproduction que je fais passer sous vos yeux, l'extrémité inférieure du membre est solidement terminée par un lambeau épais et bien nourri. La cicatrice non adhérente, transversale, demi-circulaire, répond à la partie inférieure et antérieure de la jambe.

En mettant ce moignon à côté de celui de M. Voillemier, vous devez être frappés de la presque complète similitude qu'ils présentent.

Vous pouvez donc, sur ces deux nouveaux malades, apprécier la valeur de l'amputation à lambeau; et de plus ils nous mettent à même de reconnaître la supériorité de l'amputation à un seul lambeau, qui permet de mettre la cicatrice en dehors de toute pression, puisqu'elle n'occupe pas l'extrémité du moignon.

Le malade de M. Huguier offre sans doute un excellent résultat; mais incontestablement celui obtenu sur le malade de M. Richard, comme sur le malade de M. Voillemier, lui est supérieur.

En résumé, sur sept amputations sus-malléolaires, quatre pratiquées suivant la méthode circulaire nous offrent des résultats qui, pour deux surtout, laissent regretter l'amputation au lieu d'élection; trois pratiquées par la méthode à lambeau ont parfaitement réussi, et plus spécialement les deux à un seul lambeau postérieur.

Je dois signaler le procédé de M. Voillemier, suivi depuis par M. Richard. Il n'a pas hésité à conserver le tendon d'Achille, et le résultat obtenu dans les deux cas ne laisse rien à désirer. On pouvait craindre tout d'abord de ne pas rencontrer dans un lambeau ainsi constitué les conditions favorables de vitalité; mais il n'en est rien, et déjà M. Guérin nous avait présenté en juillet 1857 un malade sur lequel il avait pratiqué l'amputation intra-malléolaire : toute la peau du talon avait été conservée pour parfaire un large lambeau, et le malade marchait directement sur son moignon avec la plus grande facilité.

Dans les discussions qui ont suivi ces diverses communications, si nous étions tous d'accord pour préférer l'amputation sus-malléolaire à l'amputation au lieu d'élection, nous reconnaissions presque tous la nécessité de fixer des règles dans la pratique de cette opération; et en nous associant aux paroles pleines de justesse de M. Broca, qui repoussait l'idée de n'appliquer qu'à une classe d'individus une opération dont la gravité est comparativement bien plus grande, nous voulions par des recherches ultérieures déterminer le meilleur procédé opératoire pour l'adopter.

Si les faits que j'ai l'honneur de vous soumettre ne sont pas encore

assez nombreux pour permettre de considérer comme absolues les conclusions qu'on en peut tirer, on ne peut nier cependant leur importance.

Permettez-moi, Messieurs, d'ajouter quelques mots qui, en généralisant la question, pourront encore rendre plus acceptable le choix du procédé à lambeau dans certaines catégories d'amputation.

Vous avez sans doute gardé le souvenir de la communication si essentiellement pratique de M. Vanzetti. Notre habile collègue s'est attaché à vous démontrer les avantages que l'on pouvait retirer dans la désarticulation du poignet, de la conservation d'un large lambeau palmaire. Les malades ainsi opérés conservent un moignon solide, résistant, insensible, qui les aide à mieux supporter leur mutilation. Cette considération n'était pas la seule, suivant nous, à mettre en relief; il en est d'autres qui m'ont frappé et que je soumets à votre appréciation.

Depuis deux ans, j'ai recueilli dans mon service, à l'Asile impérial de Vincennes, une cinquantaine d'observations d'amputations, et sans entrer dans l'analyse complète de ces faits, analyse qui fait l'objet des études spéciales d'un de mes internes, je puis dire que dans les amputations qui intéressent les sections de membre à deux os la méthode à lambeau m'a paru offrir les meilleurs résultats.

La même observation s'applique aux désarticulations qui laissent à l'extrémité du moignon une surface osseuse large ou étendue, comme, par exemple, dans la désarticulation du coude.

La rétraction des parties molles qui succède aux amputations ne tarde pas, lorsque des tissus épais ne recouvrent pas la surface osseuse, à mettre cette surface en contact plus ou moins immédiat avec la cicatrice qui dans l'amputation circulaire occupe le centre du moignon. Consécutivement à cette rétraction, on voit s'établir entre les os et la cicatrice une adhérence qui peu à peu devient une gêne et la source de vives douleurs que réveillent les moindres mouvements; bien souvent, en outre, cette cicatrice, qui paraissait parfaite, s'ulcère, et le malade peut en être réduit à réclamer une nouvelle opération, comme nous l'avons vu dans les faits que nous avons rapportés.

Lorsque les choses en arrivent à ce point que le moignon ne présente plus pour tout élément constitutif à son extrémité que la peau et l'os, on comprend que la rétractilité des parties musculaires, n'étant plus entravée par les adhérences que l'on voit naître entre leurs extrémités coupées dans les amputations à lambeau, continue à s'ef-

fectuer ; et dès lors on s'explique la conicité qu'affectent si souvent les moignons.

Ces adhérences auxquelles nous faisons allusion peuvent devenir tellement intimes que, par exemple, elles rétablissent d'une façon parfaite la puissance antagoniste des muscles de la partie antérieure et de la partie postérieure du membre. Nous avons eu l'occasion de disséquer le pied d'un malade mort de phthisie pulmonaire, qui plusieurs années avant avait subi l'amputation partielle suivant le procédé de Chopart. Les extrémités tendineuses des muscles de la partie antérieure de la jambe adhéraient intimement aux tendons conservés avec le lambeau plantaire, et ces adhérences, qui réunissaient en un seul cordon les extrémités musculaires tout en fortifiant la cicatrice, permettaient le jeu facile du pied dans la marche.

Dans une récente amputation pour laquelle j'assistais notre collègue M. Huguier, les avantages procurés par les larges lambeaux ont été tout aussi manifestes. Il s'agissait d'une désarticulation du coude. Malgré l'état de contusion des parties molles, nous en avons conservé la plus grande étendue possible. Dès que la cicatrice a été obtenue, il n'y a pas eu de convalescence pour le moignon ; le lambeau antérieur, en s'appliquant intimement sur le lambeau postérieur, y a contracté de si parfaites adhérences, que le muscle brachial antérieur, en se contractant, fait exécuter à la totalité des parties molles un mouvement de flexion si complet que l'on se demande, en voyant le membre, si la partie supérieure du squelette de l'avant-bras n'a pas été conservée.

Ces larges lambeaux offrent encore un grand avantage : ils permettent de conserver un appareil de vie d'une grande importance à l'extrémité du membre. En laissant, en effet, des vaisseaux et des nerfs en quantité suffisante, les parties molles se nourrissent et vivent, et dès lors acquièrent une puissance de résistance plus grande, ce qui accroît les chances d'une guérison parfaite et définitive. Ajoutons enfin que, grâce à toutes ces conditions que nous signalons, cette guérison est bien plus promptement obtenue.

En résumé, nous croyons pouvoir conclure comme il suit :

1° L'amputation sus-malléolaire, en raison de sa moindre gravité, doit, dans tous les cas et chez tous les individus, être préférée à l'amputation au lieu d'élection.

2° La méthode à lambeau postérieur épais, comprenant le tendon d'Achille, doit être préférée, si l'état des parties molles le permet.

3e La méthode à deux lambeaux serait adoptée si l'on ne pouvait tailler un lambeau postérieur suffisant.

4o D'après les faits que j'ai pu observer, la méthode à lambeau doit être préférée dans toutes les amputations qui portent sur les sections de membre à deux os, ou dans les désarticulations qui laissent à l'extrémité du moignon une surface osseuse étendue. Cette méthode paraît celle qui fournit les meilleurs résultats, la guérison la plus prompte, et qui met le plus sûrement à l'abri de la conicité consécutive.

— M. VERNEUIL communique le résumé d'une observation de tumeur sanguine de la voûte du crâne, qui lui a été adressée par M. le docteur Jules Dubois, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, et que nous transcrivons ici.

Observation de tumeur sanguine de la voûte du crâne en communication avec le sinus longitudinal. — Dans ces dernières années, la Société de chirurgie a étudié à diverses reprises une variété de tumeurs sanguines de la voûte du crâne caractérisée par une facilité remarquable de réduction, par une disparition rapide, suivant que la tête occupe telle ou telle position. Les quelques autopsies faites jusqu'ici ont démontré que ces tumeurs communiquent avec l'un des sinus veineux de la dure-mère.

Dans la majeure partie des observations publiées jusqu'ici, c'est le sinus longitudinal supérieur qui sert de communication. Si l'on remonte à la cause première, à l'origine de ces tumeurs, on rencontre partout un traumatisme plus ou moins violent : pour M. Azam, ce traumatisme est le point de départ d'une ostéite raréfiante, dont l'action lente et progressive rend parfaitement compte de l'issue du sang veineux à travers les pertuis plus ou moins nombreux que l'autopsie a révélés.

Cette théorie nous semble expliquer assez bien le fait suivant, qu'il nous a été donné d'observer cette année :

B... (Jean), né à Guer (Morbihan), le 8 avril 1833, et incorporé au 9e régiment de chasseurs, est un soldat d'une riche constitution, d'une bonne santé habituelle, sans accidents syphilitiques antérieurs.

Le 8 mai 1859 (j'étais alors chargé du service de santé du 9e chasseurs), il se présente à ma visite pour se faire débarrasser d'une loupe qu'il porte entre les deux sourcils. Une tumeur ovoïde, grosse comme une noisette, très-mobile, lisse et souple au toucher, non fluctuante, d'une coloration légèrement violacée, occupe l'espace compris entre la

bosse nasale de l'os frontal et le bord inférieur des os propres du nez d'une part, entre la racine des deux sourcils d'autre part. Elle ne présente pas de battements, pas d'expansion, pas de soulèvement. On ne rencontre pas non plus dans le voisinage de dilatation variqueuse des veines de la région. Une pression lente et modérée, mais continue, amène la disparition complète de la tumeur; on n'a plus entre les doigts qu'un tout petit noyau irréductible, très-souple et mobile. Ce noyau est à peine gros comme une lentille. Une exploration minutieuse, faite après la réduction, me permet de sentir un pédicule mince qui paraît s'enfoncer dans la suture fronto-nasale; cependant je ne peux rencontrer d'ouverture, de communication, de fissure appréciable. Je cesse la compression, le malade étant toujours dans la station verticale, la tumeur reprend graduellement son volume primitif; je le fais coucher sur le dos, une minute s'écoule, et la tumeur a diminué des quatre cinquièmes environ. Elle augmente, au contraire, et distend fortement ses parois lorsque la tête est penchée en avant.

Interrogé sur la cause et le mode d'évolution de cette tumeur, B... me raconte qu'à une époque qu'il ne peut préciser, mais qui peut remonter à cinq ans, il reçut entre les deux sourcils un coup de caillou violemment lancé. Il n'y eut pas d'autres phénomènes qu'une bosse sanguine, qui disparut peu à peu : il subsista, dit-il, assez longtemps un léger gonflement dur, sensible à la pression, sans retentissement douloureux dans la tête. C'était trop peu de chose pour qu'il y pensât, et, à part quelques lourdeurs de tête, il n'a jamais rien éprouvé qui pût lui faire supposer l'existence d'une lésion de ce côté. Ce ne fut qu'au commencement de cette année (1859) qu'il sentit pour la première fois une grosseur qui roulait sous la peau. Elle avait à cette époque le volume d'un petit pois, et alla augmentant graduellement. Il prit cela pour une loupe, laquelle ne devait nullement l'inquiéter. A son entrée sous les drapeaux seulement, il songea à se la faire enlever. Du reste, pas de douleur, pas de gêne dans les fonctions; la difformité seule, résultat inévitable du siége de la tumeur, l'engage à demander son ablation.

Il est inutile d'ajouter que je la lui refusai nettement; les exemples des tentatives faites jusqu'ici dans des cas de ce genre me semblaient peu encourageants. J'essayai une compression aussi régulière que possible à l'aide d'une bande roulée. Cette compression, tout à fait insuffisante, dut être enlevée le lendemain; elle était complétement inutile.

Le 17 mai, je l'envoyai à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, dans le seul but

de soumettre le fait aux appréciations des médecins et chirurgiens de l'hôpital.

M. le docteur Vésignié, dans le service duquel il était placé, essaya aussi la compression à l'aide d'une pince à pression continue, appliquée directement sur la tumeur. Au bout de quarante huit heures, le malade déclara ne plus pouvoir la supporter; la peau était excoriée: d'ailleurs la tumeur apparaissait de chaque côté de la pince, et démontrait encore une fois l'inefficacité, sinon l'inutilité de ce moyen. On cessa dès lors toute tentative, et le malade séjourna encore dans les salles jusqu'au 18 juin, époque à laquelle il rentra au corps.

Quelques jours avant sa sortie de l'hôpital, nous avions remarqué que la coloration de la tumeur était plus foncée, que cette dernière semblait augmentée de volume, et surtout qu'elle se réduisait avec moins de facilité : ainsi le décubitus dorsal avait peu d'influence sur son volume. C'était, je crois, le résultat de la pression exercée par la pince, peut-être aussi des nombreuses explorations faites par plusieurs confrères, désireux d'étudier cette variété de tumeur. En effet, au bout d'une quinzaine de séjour au quartier, B..., abandonné à lui-même, présentait les mêmes phénomènes : réduction complète et facile, diminution considérable par la position horizontale.

J'ai suivi attentivement la marche de cette affection jusqu'au 7 août dernier; c'est à ce moment que je pus le faire réformer. La tumeur a toujours augmenté progressivement de volume. A cette époque, elle avait la grosseur d'un œuf de pigeon; la peau, plus amincie, était plus violette; on retrouvait toujours les mêmes caractères. De temps à autre, B... était pris de céphalalgie frontale gravative, d'étourdissements. Il y avait alors une sorte de turgescence de la tumeur, qui devenait aussi moins réductible. Des révulsifs (sinapismes) ou des purgatifs étaient ordonnés, et tout rentrait dans l'ordre habituel.

Lors de mon premier examen, je portai le diagnostic suivant : tumeur sanguine communiquant avec l'un des sinus de la dure-mère, probablement avec le sinus longitudinal supérieur. Cela me semblait fondé sur la réductibilité facile de la tumeur, sur sa disparition par le décubitus dorsal, sur sa couleur violacée; je rappellerai qu'il n'y avait ni battements, ni expansion, ni dilatation variqueuse des veines voisines. D'un autre côté, la tumeur n'était pas congénitale : c'était la suite probable d'une violence extérieure; elle s'était formée de toutes pièces sans amener de désordres; la compression qu'on exerçait sur elle était innocente, ou plutôt n'amenait aucun accident du côté des

centres nerveux. Ce diagnostic fut accepté par les divers confrères qui ont vu le malade.

On retrouve toutefois ici un caractère particulier ; la tumeur n'est pas fluctuante, elle se réduit lentement et graduellement, et après la réduction aussi complète que possible, il reste entre les doigts un petit noyau qui semble constitué par une trame souple et élastique. Dans l'espèce, la tumeur, au lieu d'être composée d'une poche unique, serait formée d'un tissu aréolaire communiquant plus ou moins directement avec l'un des sinus par une ouverture étroite. C'est ce que nous retrouvons dans l'observation de M. Middeldorpff, rapportée dans le travail de M. Dupont.

Que devait-on faire en pareil cas ? Les diverses communications faites à la Société de chirurgie, l'observation de M. Pelletan rappelée par M. Foucher, observation qui a trait aussi à une tumeur aréolaire, invitaient peu à une intervention active. Nous avons essayé de la compression pure et simple ; nous n'avons obtenu d'autre résultat que de la douleur, l'excoriation de la peau, une diminution dans la facilité de réduction, de l'induration ; en un mot, un état subinflammatoire, accident passager, à la vérité, mais que la persistance du même moyen d'action eût peut-être rendu funeste. L'abstention complète eût sans doute été préférable ; c'est l'abstention que recommande la Société, c'est aussi l'abstention que je saurai garder en pareille circonstance.

Je terminerai cette observation par ces quelques mots : B... était un homme vigoureux, bien portant, chez lequel on ne peut invoquer l'existence d'une diathèse capable d'amener une lésion spontanée du système osseux. Il est surpris au milieu d'une santé florissante par une contusion violente, un accident ; quelques jours après, il voit survenir à l'endroit précis de cette contusion une tumeur à caractères déterminés, qui augmente progressivement de volume sans amener aucun trouble dans les diverses fonctions. Il est difficile en cet état de choses de ne pas admettre un rapprochement entre la contusion et la tumeur, de ne pas voir entre l'une et l'autre une filiation directe.

L'ostéite raréfiante déterminée par la cause première, la contusion, a sans doute amené l'effet, la communication directe ou indirecte du sinus avec les tissus extérieurs.

Quoi qu'il en soit de cette manière d'interpréter le fait, je le livre à l'appréciation de la Société de chirurgie, qui jugera si elle doit ajouter cette observation aux autres déjà connues sur ce point.

M. ROBERT demande quelques détails sur l'étiologie de l'affection qui fait le sujet de l'observation de M. J. Dubois.

Il pense que d'après le siége de la tumeur, qui occupait la racine du sourcil, on ne peut admettre sa communication avec le sinus longitudinal.

Si les tumeurs de cette nature présentaient toutes cette disposition, on pourrait devenir plus hardi dans les moyens de traitement à leur opposer, sans craindre la phlébite, et recourir, comme dans les tumeurs vasculaires d'autres régions, aux injections de perchlorure de fer.

M. VERNEUIL répond que les tumeurs sanguines de la voûte du crâne ont la plupart du temps une cause traumatique ; elles reposent sur un point de l'os aminci et présentant de petits pertuis à travers la table externe. Dans le cas observé par M. J. Dubois, la date du traumatisme remonte à quinze ans.

M. Verneuil pense que, si la tumeur ne communique pas directement avec le sinus longitudinal, elle est en rapport médiat avec lui par de très-grosses veines du diploé, de sorte que le danger des moyens de traitement reste toujours le même.

M. Verneuil demande en concluant :

1° Que l'observation de M. J. Dubois soit insérée dans les *Bulletins*,

2° Que des remercîments et des éloges soient adressés à M. J. Dubois.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC fait voir un homme jeune et robuste à qui il a enlevé un enchondrome du volume du poing, situé à la partie supérieure et postérieure de l'humérus.

L'aspect mamelonné de cette tumeur lui a servi à en établir le diagnostic.

M. Chassaignac a cru devoir emporter la partie de l'humérus sur laquelle était implanté l'enchondrome. Il met sous les yeux de la Société la tumeur conservée dans l'acide chromique ; elle est du volume d'un œuf de dinde ; sa partie osseuse est restée la même, mais sa partie cartilagineuse s'est beaucoup réduite.

Des tubes en caoutchouc fenêtrés ont été passés dans la plaie faite de manière à favoriser l'écoulement du pus.

L'opéré est en bon état.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 30 novembre 1859.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Loiseau, de Montmartre, adresse à la Société deux instruments désignés par lui sous le nom de *pince porte-lame*, et destinés à pratiquer à la fois l'incision et la dilatation de la trachée dans l'opération de la trachéotomie. Les deux instruments sont renvoyés à une commission composée de MM. Giraldès, Deguise et Guersant.

— M. le docteur Faure lit un mémoire intitulé : *Note sur les poumons d'une femme morte par le chloroforme.* (Renvoi à la commission déjà nommée : MM. Robert, Marjolin, Richet.)

M. GUERSANT présente à la Société le jeune garçon qu'il avait amené il y a trois semaines, et qui avait une adhérence des mâchoires suite de stomatite ulcéreuse consécutive à un traitement par le calomel. Plusieurs confrères redoutaient des contractions musculaires, qui pouvaient gêner beaucoup l'opération ; M. Guersant a opéré l'enfant le 3 novembre ; en divisant seulement les adhérences sans fendre la joue, après avoir divisé les brides et enlevé des dents mobiles et des portions nécrosées des bords alvéolaires supérieur et inférieur, il a obtenu un écartement notable à l'aide de corps qui ont été toujours placés dans la bouche de manière à maintenir l'écartement. On est arrivé aujourd'hui à avoir un écartement suffisant pour permettre à l'enfant de bien ouvrir la bouche et de manger indistinctement de la viande et du pain. M. Guersant ajoute que, comme dans tous les cas de ce genre, il redoute la récidive, et qu'il faudra très-longtemps faire porter à l'enfant des corps étrangers entre les dents.

M. VERNEUIL profite de la communication de M. Guersant pour donner à la Société une analyse de deux mémoires importants qui lui ont été adressés récemment.

L'un est de M. Rijiosi, de Bologne ;

L'autre de M. Esmarch, de Kiel (Danemark).

L'idée majeure renfermée dans ces deux mémoires est la création

d'une pseudarthrose pratiquée dans la continuité du maxillaire inférieur dans les cas d'ankylose cicatricielle de cet os.

Cette pseudarthrose s'obtient en sectionnant, ou mieux encore en réséquant le corps de l'os au-devant de l'obstacle qui tient les mâchoires rapprochées.

C'est le lieu où porte la section qui différencie ces essais des tentatives de section proposées ou pratiquées par des auteurs contemporains, entre autres Dieffenbach, dès 1840.

Cependant il est juste d'ajouter que la proposition formelle de créer une pseudarthrose au-devant des brides qui enchaînent les deux mâchoires a été faite dans les termes les plus clairs et les plus explicites par un chirurgien américain, le docteur Carnochan.

M. GUERSANT demande si, parmi les cas dont il est question dans les mémoires dont parle M. Verneuil, il y en a d'aussi simples que celui dont il a entretenu la Société.

M. VERNEUIL répond qu'il a annoncé en commençant que le procédé dont il voulait parler ne s'appliquait pas au cas de M. Guersant.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la mort de M. Chaumet, de Bordeaux, membre correspondant.

— M. FAURE lit un travail sur le cas de mort par le chloroforme qui a eu lieu dernièrement à la Charité. (Renvoyé à la commission chargée d'examiner son premier travail sur l'anesthésie (MM. Robert, Richet, Marjolin).

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

Pour le secrétaire absent, DESORMEAUX.

Séance du 7 décembre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. CHASSAIGNAC montre un jeune homme qui, à la suite de nombreux abcès strumeux développés dans la région parotidienne, avait été atteint d'une fistule salivaire d'où s'écoulait une quantité considérable de salive. Pour en obtenir la guérison, notre collègue a eu recours pendant plusieurs mois à l'introduction de tubes flexibles, et aujourd'hui la cicatrisation de la fistule est complète.

Il fait remarquer à cette occasion que l'emploi des tubes dans le

traitement des trajets fistuleux lui a déjà plusieurs fois réussi. Ce procédé lui aurait surtout donné des succès dans des cas de fistules à l'anus, que de prime abord il croyait incurables autrement que par l'instrument tranchant.

M. LE Dr BAUCHET, qui avait déjà entretenu la Société, il y a un an, d'une résection du coude qu'il venait de pratiquer, présente aujourd'hui la jeune fille qui avait subi cette opération. Quoiqu'il eût enlevé 3 centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus et 2 centimètres de l'extrémité supérieure du radius et du cubitus, on constate que le résultat définitif est des plus satisfaisants. Tous les mouvements sont conservés, et la sensibilité du membre est complète dans toutes ses parties.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Vierteljahrschrift fur die praktische Heilkunde, Bl. IV. Prague, 1859; in-8°.

— M. Larrey fait don à la Société des ouvrages suivants :

Gabriele Ferrara. *Nuova selta di cirugia.* Venise, 1627, in-8°.

Verduin. *De l'amputation à lambeaux*, traduit du latin, avec notes et additions, par Pierre Massuet. Amsterdam, 1756, in-8°.

Dupuytren. *Thèse inaugurale.* Paris, 1803, in-8°.

Boyer. *Mémoire sur les aiguilles à suture.* Sans date, in-8°.

— M. Larrey offre en outre à la Société dix-neuf mémoires ou thèses sur des sujets chirurgicaux.

— M. Cullerier offre à la Société un exemplaire du mémoire de M. Eugène Royer sur *l'Inversion du testicule.* Paris, 1859, in-8°.

L'auteur, interne des hôpitaux, a fait des recherches dans le service et sous la direction de M. Cullerier. En examinant les individus atteints d'épididymite blennorrhagique, M. Cullerier avait été frappé de la fréquence des cas où la tête de l'épididyme est dirigée en arrière. Il se demanda d'abord si cette direction n'était pas le résultat de l'état pathologique. Mais en examinant alors les testicules des individus parfaitement sains, il ne tarda pas à reconnaître que la même inversion est une anomalie très-fréquente.

C'est sur ce point d'anatomie et sur les conséquences chirurgicales qui en résultent que roule le mémoire de M. Eugène Royer.

M. RICHARD, au nom de M. Chairon, ancien interne des hôpitaux, met sous les yeux de ses collègues une tumeur osseuse extraite de la région axillaire, le long du bord externe du grand dorsal.

Voici l'observation avec une note de M. Ch. Robin, qui a examiné la tumeur.

« Un jeune soldat reçut à la bataille de Magenta une balle à la nuque, qui traversa la peau du cou comme un séton, fractura une apophyse épineuse, et laissa comme trace de son passage deux larges cicatrices parallèles, correspondant à l'orifice d'entrée et de sortie du projectile. La plaie guérit en six semaines, et le blessé eut un congé de convalescence de six mois.

Je n'ai eu aucun autre renseignement sur les détails relatifs à la blessure dont il s'agit.

Le sujet est de forte taille, bien musclé, et d'une bonne constitution.

Il vint me consulter dans le courant du mois d'août pour une tumeur qu'il sentait sous son aisselle droite, et qui chaque jour le gênait davantage.

Voici ce qu'il raconte à ce sujet :

En sortant de l'hôpital militaire, il s'aperçut que les mouvements de son bras étaient moins libres, et il sentait une grosseur qui le gênait dans certains mouvements exagérés. Il consulta un médecin italien qui crut à l'existence d'un ganglion induré, et malgré l'absence de toute apparence de scrofule, conseilla l'huile de foie de morue et beaucoup de ménagement dans les mouvements du bras. Le blessé ne suivit pas ces conseils.

Cependant la tumeur devenait plus gênante, soit qu'elle augmentât de volume, soit qu'elle se déplaçât. Ce fut alors que le malade vint me consulter.

Au premier examen je crus sentir un ganglion axillaire profond, induré ; cependant, en pressant dans tous les sens, la masse me parut présenter une densité et une consistance trop considérables pour expliquer cette hypothèse. Je pus même faire cheminer la tumeur et l'amener un peu plus bas, à la face profonde et au bord inférieur du muscle grand dorsal. La masse présentait à la pression une apparence conique, irrégulière, et une résistance et une dureté remarquables.

Je pensai avoir affaire à un corps étranger introduit par la blessure. Et malgré les orifices d'entrée et de sortie qui ne laissaient aucun doute sur l'issue du projectile, je résolus de tenter l'extirpation.

L'opération fut simple. Le malade anesthésié, longue incision le long du bord externe du grand dorsal ; les fibres les plus extérieures du muscle furent écartées avec une érigne mousse, et le corps fut senti dans le tissu cellulaire *sous-musculaire*, puis saisi avec une pince de Museux. Les quelques adhérences cellulaires furent ou coupées ou déchi-

rées, et la tumeur fut enlevée. Hémorrhagie assez considérable, qui fut cependant arrêtée par un tamponnement simple. La plaie, très-profonde, finit par se guérir, et la cicatrice était solide et complète au bout d'un mois.

Le malade se sert de son bras facilement, sauf de temps à autre une légère douleur dans l'épaule dans l'élévation du bras exagérée.

Examen du corps extrait. — Grosseur d'une aveline, d'une forme conique irrégulière ; base uniforme ; sommet bifide ; l'une des pointes est plus haute et plus grosse ; les deux pointes qui forment le sommet sont séparées par une rainure profonde ; résistance à la pression très-considérable ; pesanteur spécifique très-peu considérable, analogue à celle d'un os très-poreux, tout autour il y a des traces d'adhérences cellulaires.

Quelle est la nature de ce corps ?

Nous croyons, malgré l'extrême rareté du fait, que nous avons affaire à un ganglion axillaire ossifié. La profondeur des parties, dont la masse a été extraite, la forme, la dimension de cette tumeur, ne laissent pas dans notre esprit subsister d'autre hypothèse.

Nous croyons donc offrir à la Société un exemple unique à notre connaissance de *ganglion ossifié.* »

Note de M. Ch. Robin. — « Le tissu de la tumeur présumée osseuse est en effet formé par le tissu de ce nom, offrant des ostéoplastes ou cavités caractéristiques ramifiées, aussi nombreuses et aussi rapprochées que dans le tissu normal.

La substance osseuse est disposée en lamelles et trabécules d'une grande délicatesse, formant par leurs entre-croisements et anastomoses un tissu spongieux, fragile, d'une grande élégance sous le microscope. Les éléments remplissant primitivement les aréoles de ce tissu ne peuvent être retrouvés dans l'état actuel de la pièce. »

M. RICHARD, sans se prononcer d'une manière définitive, est peu disposé à admettre qu'il s'agisse dans ce cas d'un ganglion ossifié.

Il rappelle qu'il a présenté il y a deux ans, au nom de M. le docteur Roux (de Marseille), deux tumeurs ossifiées de la peau, qui furent considérées comme des enchondromes ossifiés des glandes sudoripares. Par analogie, il serait très-disposé à regarder la tumeur envoyée par M. Chairon comme ayant le même point de départ, les glandes sudoripares étant nombreuses et volumineuses dans la région de l'aisselle.

Sur l'anesthésie chirurgicale provoquée par l'hypnotisme. — M. BROCA. Les faits dont je viens vous entretenir sont tellement

étranges et touchent de si près à des questions qui ont été jusqu'ici bannies de la science sérieuse, que j'éprouve avant tout le besoin de réclamer toute l'indulgence de la Société. Ce n'est pas sans quelque hésitation que je me suis décidé à soumettre ces faits à votre appréciation, et je me serais bien gardé de le faire s'ils étaient propres seulement à exciter votre curiosité. Mais les conséquences pratiques qui en découlent sont assez importantes pour que je croie de mon devoir de passer par-dessus toute autre considération.

Si la chirurgie possédait un moyen anesthésique tout à fait inoffensif, si la prudence et les lumières suffisaient pour conjurer avec certitude les accidents terribles qui ont si souvent fixé l'attention de la Société, il faudrait se montrer sévère pour toutes les méthodes nouvelles, et exiger d'elles, avant de les adopter et même de les essayer, une longue série de succès authentiques. Mais dans l'état actuel des choses, lorsque tout chirurgien peut craindre d'être l'auteur de la prochaine observation de mort par le chloroforme, tout moyen inoffensif qui a réussi une seule fois mérite d'être mis à l'étude.

M. James Braid publia en 1843 un ouvrage sur ce qu'il appelait l'*hypnotisme* ou le *sommeil nerveux*, considéré dans ses rapports avec les phénomènes attribués au magnétisme animal (*Neurypnology or the Rationale of Nervous Sleep, considered in relation with animal magnetism*). Dans cet ouvrage, que je n'ai pu me procurer jusqu'ici, et que je connais seulement par l'analyse qui en a été donnée par M. Carpenter dans un article de dictionnaire, M. Braid annonçait le fait suivant : Lorsqu'on place un objet brillant quelconque au-devant de la ligne médiane du visage et au-dessus de la racine du nez, à une distance de 8 à 15 pouces anglais, et qu'on invite le sujet de l'expérience à fixer continuellement les yeux sur cet objet, de manière à produire dans les muscles oculaires et palpébraux une contraction permanente, on voit survenir au bout de quelques minutes un état singulier, analogue à la catalepsie. Les membres, soulevés par l'expérimentateur, conservent pendant un temps assez long toutes les positions qu'on leur donne ; les organes des sens, excepté la vue, acquièrent en même temps une sensibilité exagérée ; et enfin une période de torpeur ou de sommeil, dont la durée est variable, succède à cette période d'excitation.

M. Braid ne s'était pas borné à constater ce fait étrange ; il avait fait sur les individus en état d'hypnotisme un grand nombre d'observations curieuses, et avait pu reproduire chez eux la plupart des phénomènes attribués par les mesméristes au fluide magnétique ; son livre,

analysé par M. Carpenter dans l'article SLEEP de la *Cyclopedia of Anatomy and Physiology* de M. Todd, paraît avoir eu quelque retentissement en Angleterre, mais il est presque inconnu en France, et le dictionnaire de MM. Littré et Robin est peut-être la seule publication française où la découverte de M. Braid soit mentionnée. L'article *Hypnotisme* de ce dictionnaire renferme une description abrégée extraite de l'article déjà cité de M. Carpenter.

Je n'avais aucune connaissance de ces faits singuliers, lorsqu'il y a quelques jours mon ami M. Azam, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Bordeaux, les signala à mon attention. M. Azam est, je pense, le premier observateur français qui ait répété les expériences de M. Braid. Les résultats qu'il a obtenus depuis deux ans, et qu'il a bien voulu me communiquer, sont extrêmement remarquables. Je lui laisse le soin de les publier; s'il ne l'a pas fait jusqu'ici, si les confrères qu'il en a rendus témoins ont imité sa réserve, c'est parce que ce sujet périlleux conduit inévitablement sur un terrain que les supercheries des magnétiseurs ont rendu suspect aux hommes de science.

En réfléchissant avec M. Azam sur la nature des phénomènes cérébraux qui constituent l'hypnotisme, l'idée me vint de chercher si les individus hypnotisés ne pourraient pas devenir insensibles à la douleur des opérations, comme le seraient probablement certains cataleptiques, et comme l'ont été, dans quelques cas, les sujets soumis aux pratiques du magnétisme, et notamment la dame opérée, il y a longtemps déjà, par notre collègue M. Jules Cloquet. M. Azam approuva cette idée, et, pour m'encourager à lui donner suite, il m'affirma qu'il avait plusieurs fois pincé la peau des individus hypnotisés sans provoquer aucune douleur.

Je résolus donc de tenter l'expérience; mais, quelque confiance que m'inspirent les paroles de M. Azam et le témoignage de M. Carpenter, je voulus d'abord m'assurer par moi-même de la réalité des phénomènes de l'hypnotisme. L'avouerai-je? La crainte de passer pour un homme crédule me décida à faire pour la première fois, sans témoins, une expérience furtive.

Une dame d'une quarantaine d'années, quelque peu hystérique, et qui gardait le lit pour une légère indisposition, me parut convenir parfaitement pour cette tentative. Je lui laissai croire que mon intention était seulement d'examiner ses yeux, et, prenant sur la cheminée un petit flacon de cristal doré, je l'invitai à regarder fixement cet objet, que je plaçai à 15 centimètres environ au-devant et un peu au-dessus

de la racine du nez. Au bout d'environ trois minutes, ses yeux étaient un peu rouges, son visage immobile, ses réponses lentes et difficiles. Je lui pris la main et la plaçai au-dessus de sa tête ; le membre resta suspendu dans l'attitude où je l'avais mis. Je donnai aux doigts les situations les plus extrêmes, qu'ils conservèrent sans changement jusqu'à la fin de l'expérience. Enfin, je pinçai la peau sur plusieurs points avec une certaine force, sans que ma malade parût s'en apercevoir. Je n'osai pas aller plus loin; et pour faire cesser cette catalepsie provoquée, je fis, suivant le précepte de M. Braid, qui m'avait été transmis par M. Azam, une légère friction sur les yeux, suivie d'une insufflation d'air froid sur le visage. Aussitôt la dame revint à elle; et quoique pendant l'expérience ses réponses eussent été parfaitement raisonnables, elle ne parut se souvenir ni de ce qu'elle avait dit ni de ce que je lui avais fait.

Je pensai, d'après ce résultat, qu'en poussant plus loin l'état hypnotique je pourrais obtenir une insensibilité suffisante pour permettre d'exécuter sans douleur certaines opérations. Je fis part de mes espérances à M. Follin, qui ne me dissimula pas sa surprise, mais qui n'hésita pas néanmoins à me donner rendez-vous à l'hôpital Necker, pour opérer avec moi une femme de son service.

Le dimanche 4 décembre, à trois heures de l'après-midi, nous sommes allés ensemble à cet hôpital. Avant de procéder à l'opération, nous avons cherché à provoquer les phénomènes hypnotiques chez deux jeunes filles convalescentes. Ces deux essais préalables eurent lieu dans une chambre particulière, en présence de la religieuse de la salle.

Chez la première jeune fille, l'état de catalepsie a été promptement obtenu. Nous nous sommes servis, comme objet brillant, d'une lorgnette simple en métal argenté. Au bout de deux minutes, nous avons pu donner aux bras et aux jambes de la jeune fille diverses attitudes qu'un athlète vigoureux pourrait à peine garder pendant quelques minutes, et qu'elle a conservées sans la moindre gêne pendant sept minutes. Les pupilles, qui s'étaient d'abord contractées, s'étaient dilatées bientôt d'une manière notable. Le pouls était devenu plus faible et plus lent. J'ai pincé assez fortement la peau de l'avant-bras, sans provoquer ni douleur ni changement d'attitude. Puis la jeune fille, qui était assise, a incliné la tête en avant, comme si elle allait dormir; c'est alors que je l'ai réveillée. Elle ne se souvenait de rien et n'éprouvait aucune fatigue.

Notre seconde jeune fille, plus vive et plus intelligente que l'autre, a fixé longtemps le corps métallique sans résultat décisif.

Elle a été, dit-elle, sur le point de s'endormir au bout de trois ou quatre minutes, et à ce moment nous avons pu donner à ses bras et à ses jambes diverses attitudes qui ont été gardées assez longtemps ; mais le sujet n'a pas perdu connaissance, et en prolongeant plus longtemps l'expérience, nous n'avons pu aller au delà des effets légers que nous avions tout d'abord obtenus. J'ajoute que chez cette jeune fille, comme chez l'autre, nous avons constaté pendant l'expérience un affaiblissement notable du pouls.

Malgré cet échec, encouragés par le résultat de notre premier essai et par le souvenir de mon succès de la veille, nous avons soumis la malade que nous allions opérer à une méthode qui pouvait échouer sans doute, mais qui du moins nous paraissait tout à fait inoffensive, et nous avons obtenu du premier coup un succès des plus saisissants.

Il s'agissait d'une femme de vingt-quatre ans, entrée à l'hôpital pour une vaste brûlure du dos et des deux membres droits, et atteinte, en outre, d'un abcès volumineux et extrêmement douloureux de la marge de l'anus. Épuisée par la douleur, et d'ailleurs très-pusillanime, elle redoutait extrêmement une incision dont elle comprenait la nécessité. Après avoir placé son lit en face d'une fenêtre, je lui ai annoncé que j'allais l'endormir ; mes autres malades avaient cru simplement qu'elles étaient le sujet d'observation ophthalmoscopique ; celle-là a été prévenue de ce que je voulais lui faire, et cette circonstance, au dire de M. Braid, serait favorable au succès des expériences.

J'ai placé ma lorgnette à 15 centimètres en avant de la racine du nez, bien en deçà par conséquent des limites de la vision distincte, et la malade pour fixer cet objet a été obligée de loucher fortement en dedans. Les pupilles se sont aussitôt contractées. Le pouls, déjà rapide avant l'expérience, s'est d'abord un peu accéléré, puis presque aussitôt il est devenu plus faible et plus lent. Au bout de deux minutes, les pupilles commencent à se dilater, nous élevons le bras gauche presque verticalement au-dessus du lit : ce membre reste immobile. Vers la quatrième minute les réponses sont lentes et presque pénibles, mais sont du reste parfaitement sensées. La respiration est très-légèrement saccadée. Au bout de cinq minutes, M. Follin, à l'insu de la malade, pique la peau de l'avant-bras gauche ; rien ne bouge. Une nouvelle piqûre plus profonde, qui fait sortir une gouttelette de sang, passe également inaperçue. On élève le bras droit, qui reste suspendu et immobile comme le gauche. On soulève alors les couvertures, on écarte les membres inférieurs pour mettre à découvert le siége de l'abcès ; la malade se laisse faire, en remarquant toutefois avec tranquillité qu'on

va sans doute lui faire du mal. Enfin, sept minutes environ après le début de l'expérience, pendant que je continue à tenir l'objet brillant au-devant des yeux, M. Follin pratique sur l'abcès une large ouverture qui donne issue à une énorme quantité de pus fétide. Un léger cri, qui dure moins d'une seconde, est le seul signe de réaction que donne notre malade. Il n'y a pas eu le moindre tressaillement, soit dans les muscles de la face, soit dans les muscles des membres. Les deux bras sont restés sans le moindre ébranlement dans l'attitude qu'ils conservent depuis plusieurs minutes.

Deux minutes plus tard, la pose est toujours la même; les yeux sont largement ouverts, un peu injectés, le visage est immobile comme un masque, le pouls est exactement comme au moment de notre arrivée; la respiration est parfaitement libre, mais l'opérée est toujours insensible. Le talon gauche, qu'on soulève au-dessus du lit, reste suspendu en l'air; les deux membres supérieurs sont toujours dans la même attitude. Il est digne de remarque que le matin encore la malade, tourmentée par une large brûlure du dos, ne pouvait se mouvoir dans son lit qu'avec beaucoup de douleur et de difficulté.

J'enlève le corps brillant placé au-devant des yeux; l'insensibilité et l'immobilité cataleptique persistent toujours. Je fais sur les yeux une friction légère et une insufflation d'air froid; l'opérée fait quelques petits mouvements; on lui demande si on lui a fait quelque chose, elle répond qu'elle n'en sait rien. Du reste, ses trois membres sont toujours suspendus immobiles, dans les attitudes qu'on leur a données. Il y a déjà plus de treize minutes que le bras gauche est dans la situation verticale. M. Follin pratique sur ce bras une piqûre qui amène une gouttelette de sang; la malade ne s'aperçoit de rien, et ses doigts mêmes restent entièrement immobiles.

Enfin, dix-huit ou vingt minutes après le début de l'expérience, et plus de douze minutes après l'opération, je fais sur les yeux une friction plus forte que la première, et j'insuffle sur le visage une plus grande quantité d'air froid. Cette fois la malade se réveille presque subitement. Ses deux bras et sa jambe gauche se relâchent à la fois, et retombent tout à coup sur le lit, puis elle se frotte les yeux et reprend toute sa connaissance. Elle ne se souvient de rien et s'étonne d'apprendre qu'elle est opérée. Son état est comparable à celui des individus qui sortent du sommeil anesthésique ordinaire, avec cette différence toutefois que le réveil a été beaucoup plus prompt, sans agitation et sans loquacité.

Au bout de quelques instants, elle se plaint de souffrir un peu dans

la plaie qu'on vient de lui faire, mais cette douleur est très-modérée.

La période d'anesthésie, que j'ai interrompue en réveillant la malade, a duré de douze à quinze minutes. J'ajoute que M. le directeur de l'hôpital Necker assistait à notre expérience.

M. Velpeau a bien voulu communiquer, il y a deux jours, les faits qui précèdent à l'Académie des sciences, et il l'a fait dans des termes tellement bienveillants que je suis heureux de pouvoir l'en remercier ici. Je croyais alors que l'hypnotisme venait d'être employé pour la première fois comme anesthésique dans la pratique des opérations chirurgicales. M. Azam, dans l'unique entretien que j'avais eu avec lui, m'avait dit que M. Braid avait employé l'hypnotisme dans le traitement d'un grand nombre de maladies, et que, exagérant sans doute, comme la plupart des inventeurs, la portée de sa découverte, il croyait avoir trouvé une sorte de panacée; mais nous ne nous étions pas occupés de ces applications diverses, et notre conversation avait roulé exclusivement sur le côté physiologique de la question. J'ai revu M. Azam ce matin, et il m'a dit que M. Braid, dans un appendice de son livre, a parlé de l'application de l'hypnotisme à l'anesthésie chirurgicale. Il a ajouté qu'une amputation de la jambe ou de la cuisse a été faite sans douleur par un chirurgien (il croit que c'est M. James Wood) sur un individu hypnotisé. Je m'empresse de porter ce fait à votre connaissance, et de renoncer à toute prétention de priorité. Si l'anesthésie hypnotique vient à prendre une place quelconque dans la pratique chirurgicale, je n'aurai d'autre mérite que d'avoir réhabilité une méthode oubliée, et j'en serai redevable à M. Azam, sans lequel aujourd'hui encore nous ignorerions jusqu'à l'existence des phénomènes de l'hypnotisme.

Permettez-moi maintenant de revenir sur l'étude de ces phénomènes. Quelque singuliers qu'ils paraissent, ils méritent de fixer toute l'attention des physiologistes, quand même ils ne seraient pas assez constants pour servir de base à une méthode régulière d'anesthésie chirurgicale. Sans chercher en rien à diminuer l'originalité de la découverte de M. Braid, je dois dire d'abord que l'état hypnotique paraît n'avoir pas été tout à fait inconnu aux anciens. M. Braid pense même, au dire de M. Azam, que les sculpteurs antiques avaient recours à quelque procédé analogue pour rendre leurs modèles cataleptiques, et assurer ainsi la fixité des poses.

Voici maintenant quelques faits plus positifs. M. Esdaile, dans un livre dont je vous parlerai tout à l'heure, raconte, page 8, que les moines du mont Athos avaient été surnommés *omphalopsychiens* parce qu'ils se

procuraient des extases cataleptiques en se regardant l'ombilic. Bernier annonce que les fakirs de l'Inde ont l'habitude de se rendre cataleptiques en se regardant le bout du nez ; ils peuvent alors conserver pendant un temps incroyable les poses extravagantes qui leur attirent l'admiration et la vénération de leurs coreligionnaires. M. Larrey m'a raconté qu'il y a longtemps déjà, lorsqu'il était sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg, quelques-uns de ses collègues s'amusaient souvent à magnétiser des poules. Ils prenaient l'animal entre leurs genoux , lui fixaient la tête pendant quelques minutes , et le rendaient ainsi cataleptique. M. Azam a vu dans les foires du midi de la France des bateleurs ébahir les paysans en charmant les coqs de la manière suivante : on étend l'animal sur une planche , le bec dirigé en bas , et on trace une ligne noire sur le prolongement de la crête. Au bout de quelques instants, l'animal devient cataleptique , et il reste immobile dans l'attitude qu'on lui a donnée. M. Balbiani , qui a passé en Allemagne une partie de sa jeunesse , m'a raconté ce matin que les collégiens y pratiquent ce jeu avec beaucoup de succès. Il ne serait pas impossible que les charmeurs d'animaux eussent recours à quelque pratique analogue. M. Catlin raconte que les Indiens de l'Amérique du Nord se servent d'un moyen singulier pour se faire suivre par les petits bisons dont ils viennent de tuer la mère. Ils saisissent la tête de l'animal, lui appliquent les mains sur les yeux , et lui respirent dans les narines. Bientôt le jeune prisonnier cesse de se débattre, et suit docilement son maître jusqu'à la fin de la chasse. M. Catlin a pu ainsi se faire suivre pendant plusieurs milles par un de ces animaux. (Esdaile , *loc. cit.*, page 224.)

Il ne serait pas impossible que la méthode employée par M. Esdaile, chirurgien de la présidence de Calcutta, pour magnétiser ses opérés , agît de la même manière que celle de M. Braid. Dans son important rapport sur l'éléphantiasis du scrotum, M. Larrey nous a parlé des très-nombreuses opérations pratiquées par le chirurgien de Calcutta à la faveur de l'anesthésie mesmérique. Il a bien voulu me prêter l'ouvrage d'où il a extrait la relation de ces faits singuliers (*Natural and Mesmeric Clairvoyance, with the Practical Application of Mesmerism in Surgery and Medicine*. London , 1852 , in-12). Vous savez combien l'éléphantiasis du scrotum est fréquent chez les indigènes et quelles dimensions colossales atteignent parfois ces tumeurs sous le climat brûlant de l'Inde. Lorsque M. Esdaile publia son livre , en 1852 , il avait déjà enlevé 200 tumeurs du scrotum, dont le poids variait depuis 10 livres jusqu'à 103 livres. Il avait fait en outre cinq grandes ampu-

tations, plusieurs amputations moins importantes, enlevé beaucoup de tumeurs, réduit des hernies étranglées, redressé des membres contracturés, etc. Total, 261 opérations pratiquées sans douleur sur des individus rendus insensibles par le mesmérisme (page 168). La réalité de ces faits fut constatée par des commissaires, et le gouvernement du Bengale mit un service d'hôpital à la disposition de M. Esdaile. Voici maintenant le procédé suivi par ce chirurgien : il fait coucher le patient sur un lit peu élevé, dans une chambre peu éclairée. Un jeune homme quelconque, pris au hasard parmi les gens du service, se place debout à la tête du lit, s'incline en avant, et place son visage au-dessus du visage du patient; il reste dans cette attitude un quart d'heure, une demi-heure, une heure, en exécutant avec les mains des passes magnétiques jusqu'à ce que le sujet soit endormi. On fait ordinairement plusieurs séances, à vingt-quatre heures d'intervalle, avant de pratiquer l'opération, et on remarque en général, comme chez beaucoup d'individus hypnotisés, que les sujets qui ont déjà été endormis un certain nombre de fois s'endorment plus facilement et plus vite à chaque séance nouvelle. Quel est le mode d'action de ce procédé, que M. Esdaile appelle le *procédé indien*, pour le distinguer du procédé des magnétiseurs européens ? M. Esdaile, qui croit au fluide magnétique, à la transmission de ce fluide par contact ou par influence, attribue naturellement les effets qu'il obtient au voisinage de deux corps nus jusqu'à la ceinture, et aux passes exécutées par le *mesmériste* sur la poitrine et la tête du mesmérisé. Quant à moi, quand je songe que le visage du mesmériste reste incliné en immobilité pendant très-longtemps au-dessus du visage du patient, je suis tenté d'attribuer uniquement à cette cause les résultats obtenus, et à rapprocher, par conséquent, le procédé indien du procédé de M. Braid.

Au surplus, je suis loin de prétendre que ce dernier procédé soit le seul qui permette de provoquer l'apparition des phénomènes de catalepsie, d'hyperesthésie et d'anesthésie qui constituent l'état hypnotique. Des phénomènes exactement semblables se montrent souvent et sous l'influence des causes les plus légères et les plus diverses, chez certaines femmes plus ou moins hystériques. L'extase religieuse, l'imitation, je dirais presque la contagion, produisent des résultats analogues, et à travers toutes les exagérations qui ont provoqué le rire des gens sensés, il est facile de reconnaître que l'histoire des religieuses de Loudun et des extatiques des Cévennes, celle des convulsionnaires de Saint-Médard, celle du fameux baquet de Mesmer, etc., sont autant d'exemples de la facilité avec laquelle les fonctions du

système nerveux subissent de profondes perturbations chez certains sujets.

Il n'est pas douteux qu'il existe sous ce rapport d'énormes différences individuelles; ce sont surtout les enfants et les jeunes femmes qui sont accessibles aux moyens capables de produire l'hypnotisme et les autres états analogues. L'aptitude est moindre en général chez les femmes plus âgées; chez les hommes elle est beaucoup moindre encore, quoique la superstition, le mysticisme ou la faiblesse d'esprit puissent développer quelquefois chez des hommes adultes une aptitude presque égale à celle qui existe chez les femmes et les enfants. Jussi a publié dans le *Journal de médecine militaire* de Dehorne (t. II, 1783, in-8°, p. 53) l'histoire d'une maladie convulsive extraordinaire, qui sévit à l'hôpital militaire de Bayeux, et qui en quelques jours, sous l'influence de l'imitation, se manifesta chez neuf soldats malades ou convalescents, entrés à l'hôpital pour des maladies très-diverses. Déjà, en 1779, Fritze avait vu une affection analogue se développer de la même manière chez six soldats de la garnison d'Halberstadt (même journal, t. II, p. 203). Les phénomènes décrits par ces auteurs diffèrent notablement de ceux qui accompagnent l'hypnotisme, mais ils sont certainement du même ordre, et tout permet de croire que les uns et les autres se manifestent à la faveur de la même aptitude.

Je pense donc que cette aptitude à éprouver, sous l'influence de causes en apparence légères, une perturbation profonde des fonctions du système nerveux, existe plus ou moins développée chez la plupart et peut-être même chez tous les individus. Il est possible, en effet, que ceux qui sont réfractaires ne le soient que d'une manière relative, par rapport à la cause particulière à laquelle ils ont été soumis.

Les magnétiseurs d'Europe sont obligés aujourd'hui de choisir leurs sujets, et n'en trouvent qu'un nombre assez restreint; Mesmer, usant d'un procédé différent, réussissait sur un plus grand nombre d'individus; M. Esdaile échoue sans doute quelquefois, quoiqu'il ne le dise pas, mais il est certain du moins qu'il réussit très-souvent, et il le doit sans doute au *procédé indien*, qu'il a adopté. Le procédé si simple et si commode de M. Braid est certainement un des plus efficaces, et il réussit à peu près constamment entre ses mains, au dire de M. Carpenter... Les résultats obtenus en France par le même procédé sont loin de confirmer cette assertion.

Tandis que M. Braid hypnotise, dit-on, dès la première séance, non-seulement les femmes et les enfants, mais encore presque tous les hommes adultes, nous avons vu dans ces derniers jours que la plupart

des hommes paraissent réfractaires; cela tient peut-être à quelque différence dans le *modus faciendi*. M. Azam, qui depuis dix-huit mois a fait un très-grand nombre d'expériences, a hypnotisé avec succès un homme de vingt-cinq ans d'une santé parfaite; M. Oré, de Bordeaux, a réussi également sur un dominicain de trente ans, à imagination très-exaltée. Je ne peux vous citer que ces deux exemples d'hypnotisme chez l'homme adulte. Chez les femmes, le succès est beaucoup plus commun; M. Azam n'en a trouvé qu'un petit nombre de réfractaires, mais je dois ajouter qu'il a fait principalement ses essais sur des femmes jeunes, nerveuses et hystériques; quant aux enfants des deux sexes, ils sont pour la plupart accessibles à l'hypnotisme.

D'après ce que j'ai vu jusqu'ici, et d'après ce que M. Azam a bien voulu me dire, je ne saurais considérer le procédé actuel comme définitif; si on n'en découvre pas d'autres, l'anesthésie hypnotique pourra sans doute être utilisée par les chirurgiens dans un certain nombre de cas, mais ne pourra prendre place dans la pratique ordinaire. Il faudrait trouver un procédé capable de provoquer l'hypnotisme sinon chez tous les individus, du moins chez la plupart. Il me paraît probable qu'on trouvera tôt ou tard ce procédé. C'est dans ce sens qu'on doit diriger les recherches. Mais cela ne suffira pas pour détrôner le chloroforme; il faudra de plus que l'on trouve le moyen de donner une certaine régularité aux phénomènes de l'hypnotisme, et d'amener à coup sûr la période anesthésique, et c'est peut-être là que gît la principale difficulté.

M. Braid décrit une période d'hyperesthésie qui, suivant lui, précède toujours la période de torpeur. M. Azam a vu, au contraire, ces deux périodes se produire dans un ordre inverse. Pour ma part, d'après ce que j'ai vu, je pense que l'opinion de M. Azam est la plus exacte. Il faut néanmoins que M. Braid ait vu souvent l'hyperesthésie précéder l'anesthésie, puisqu'il a établi ce fait comme une règle générale. Il en résulte déjà que la succession des phénomènes est fort variable. Ce ne serait pas un motif pour rejeter l'hypnotisme de la pratique chirurgicale, puisque les effets du chloroforme présentent des variations analogues. Mais voici qui est plus grave. Il y a des sujets chez lesquels l'hypnotisme n'arrive jamais à la période d'anesthésie; il y en a même qui, hypnotisés une première fois, deviennent promptement insensibles, et qui à la séance suivante présentent tous les phénomènes de l'hypnotisme, excepté l'anesthésie. Hier matin nous avons hypnotisé, M. Follin et moi, la jeune fille qui avait été dimanche dernier le sujet de notre première expérience; je vous ai dit que la pre-

mière fois elle était devenue insensible au pincement au bout de deux minutes, et qu'elle avait perdu connaissance. La seconde fois elle est devenue cataleptique en deux ou trois minutes; nous lui avons donné les attitudes les plus arbitraires, qu'elle a conservées longtemps, jusqu'au moment où nous l'avons réveillée; mais elle a gardé toute sa connaissance, elle a senti pendant tout le temps, et s'est souvenue au réveil de tout ce qu'on lui avait fait.

C'est jusqu'ici, à mes yeux, l'objection la plus grave qu'on puisse faire contre l'hypnotisme considéré comme moyen anesthésique. Et c'est probablement pour cela que cette méthode, employée avec succès en Angleterre dès 1842, est déjà une fois tombée en désuétude. Ce n'est pas une raison sans doute pour renoncer à toute espérance, mais il faut bien reconnaître que cela n'est pas très-encourageant.

Quoi qu'il en soit, l'étude de l'hypnotisme est appelée sans aucun doute à agrandir beaucoup le cercle de nos connaissances physiologiques. Il s'est produit de tout temps, en dehors de la science, un grand nombre de faits que les dupes et les charlatans faisaient dépendre de causes occultes ou miraculeuses, et dont les vrais savants auraient rougi de s'occuper. Aujourd'hui la question change de face. Ces faits étranges et merveilleux rentrent désormais comme les autres dans l'ordre des faits purement physiques. Lorsqu'on voit des phénomènes tout à fait semblables à ceux que les magnétiseurs attribuent à leur fluide imaginaire et au rayonnement de leur volonté immatérielle sur le système nerveux de leurs patients, se produire par suite de l'attitude pure et simple des yeux, en l'absence de toute jonglerie, de tout mystère, de toute condition capable d'agir sur l'imagination, on est autorisé à penser que l'étude de l'hypnotisme donnera enfin aux physiologistes la clef de tout un ordre de connaissances dont ils avaient jusqu'ici dédaigné de s'occuper.

J'espère que les chirurgiens aussi jugeront ce sujet digne de toute leur attention, et je vous demanderai, en terminant, la permission d'ajouter quelques mots sur l'application de la méthode de M. Braid. M. Azam place de préférence les sujets dans la position assise; je dois m'en rapporter sur ce point à son expérience, quoique dans les deux cas où j'ai le mieux réussi les malades aient été hypnotisées dans la position horizontale. La nature de l'objet qui sert de point de mire n'est pas indifférente. Il est préférable de choisir un objet brillant; cela facilite la fixation des yeux, mais cette condition n'est pas indispensable. Je tiens de M. Azam que M. Braid a vu des petites filles s'hypnotiser elles-mêmes en regardant le bout de leur doigt.

Doit-on placer les sujets dans une chambre très-éclairée ou dans une demi-obscurité ?

La question est douteuse pour moi. J'avais cru d'abord pouvoir attribuer à un éclairage insuffisant l'insuccès relatif de la seconde expérience que j'ai faite avec M. Follin à l'hôpital Necker, et je me suis exprimé dans ce sens, quoique sous forme dubitative, dans ma lettre au président de l'Académie des sciences. Mais la nuit dernière, en regardant l'heure à ma montre, à la faible lueur d'une veilleuse éloignée, j'ai éprouvé au bout de quelques instants une fatigue oculaire considérable, et un petit vertige qui m'a paru être le commencement de l'hypnotisme. Je n'avais éprouvé rien de pareil, même au bout d'un temps assez long, lorsque j'avais essayé de m'hypnotiser en plein jour : je vous rappelle d'ailleurs que M. Esdaile place ses malades dans une chambre obscure pour les soumettre avec plus de succès au procédé indien. Il y aura, je crois, quelques recherches à faire dans ce sens. Ce qu'il importe ensuite et surtout de déterminer, c'est la distance où l'objet doit être placé. M. Braid, suivant les cas, fait varier cette distance entre 8 et 15 pouces anglais, et il paraît résulter de là qu'il place l'objet sur les limites mêmes de la vision distincte. Je n'ai pas suivi ce procédé. Il m'a paru qu'en plaçant l'objet en deçà de ces limites, à une distance de 12 à 15 centimètres, le strabisme convergent serait plus prononcé, et le résultat plus sûr. M. Azam m'avait dit, d'ailleurs, qu'il tenait en général le point de mire assez près de la racine du nez. J'ai cru devoir faire comme lui, mais peut-être l'expérience se prononcera-t-elle en faveur du précepte de M. Braid.

Voici maintenant une difficulté qui nous a fait renoncer hier, M. Follin et moi, à hypnotiser une malade de l'hôpital Necker. Cette jeune fille n'a jamais pu s'astreindre à fixer l'objet que nous lui présentions. Ses yeux roulaient sans cesse dans leur orbite : il a fallu abandonner l'expérience. Je me suis demandé si, pour les cas de ce genre ou même pour tous les cas, on ne pourrait pas faciliter la convergence des yeux au moyen d'un appareil composé, comme un stéréoscope, de deux tubes opaques qu'on ferait converger sur un petit miroir ou sur tout autre objet brillant. Il me semble, en outre, que pour assurer autant que possible le succès des expériences d'hypnotisme il faut procéder en silence, presque dans l'isolement. Il faut éviter, en un mot, toutes les conditions qui pourraient détourner l'attention du patient. Telles sont les remarques que je vous soumets aujourd'hui. regrette de vous parler avec si peu d'autorité et de laisser tant de points dans le doute. Ce sujet est tout nouveau pour moi, je me suis

proposé seulement de le signaler à votre attention, et je remercie encore une fois M. Azam, que j'aperçois dans l'auditoire, des précieux enseignements qu'il a bien voulu me donner; car sans lui, je le répète, j'ignorerais encore jusqu'à l'existence de l'hypnotisme.

M. FOLLIN. Depuis les observations qui ont été relatées par M. Broca, j'ai fait trois nouvelles expériences. En voici les résultats :

1° Sur un jeune homme entré à l'hôpital pour une affection de la colonne vertébrale, je n'ai pu produire le sommeil, mais il y a eu un état cataleptique.

2° Sur une femme, les phénomènes obtenus ont été les mêmes ; mais il n'y a pas eu de sommeil.

3° Le sujet de la troisième expérience était la femme atteinte de brûlure dont M. Broca a déjà parlé. Chez elle, le sommeil a été complet.

Mais, ajoute M. Follin, je n'ai obtenu l'anesthésie sur aucun de ces trois malades.

M. VERNEUIL. Le jour même où M. Azam m'a parlé de ses expériences, j'ai essayé la nouvelle méthode sur une jeune personne très-nerveuse. Le corps brillant a été tenu pendant quatre minutes au niveau de la racine du nez. Au bout de ce temps, n'ayant obtenu que des bâillements multipliés, je n'ai pas donné suite à l'expérience.

J'ai recommencé le lendemain, et j'ai obtenu le sommeil et l'anesthésie; mais comme j'étais fort pressé, je n'étudiai point les phénomènes consécutifs. Je la réveillai en soufflant sur les paupières, et je partis.

J'ai tenté de m'endormir moi-même avec des ciseaux de trousse très-brillants. J'ai bientôt éprouvé de la fatigue des yeux et de la pesanteur de tête; puis l'objet que je fixais m'a paru double, et, à partir de ce moment, toute sensation pénible a cessé. Il ne s'est pas produit d'autre phénomène.

M. Verneuil rappelle que la direction des yeux en dedans et en haut, à laquelle paraît dû l'état hypnotique, est précisément la même que celle qu'on observe dans certains accès d'hystérie ou d'épilepsie.

Notre collègue a de nouveau essayé sur M. Mathieu et sur M. le docteur Auzias.

Le premier a bientôt éprouvé une grande fatigue, et a demandé grâce. Quant à M. Auzias, il a eu simplement des vertiges.

M. DEPAUL demande à présenter deux courtes observations. Il pense qu'on ne peut pas encore se prononcer, comme on semble le

faire, sur l'innocuité de l'état hypnotique, les expériences connues étant encore trop peu nombreuses. D'un autre côté, il doute encore qu'on obtienne par cette nouvelle méthode une anesthésie suffisante et capable de remplacer celle qui est produite par l'éther ou le chloroforme. A l'appui de l'opinion contraire, M. Broca a rapporté un seul fait, celui de la malade qui avait un large abcès à la marge de l'anus. Or, dans ce cas, la chirurgie n'a eu à intervenir que par un simple coup de bistouri, et cependant un cri a été poussé. J'en conclus que l'insensibilité n'était pas complète, et que le cri était l'expression d'une souffrance.

MM. **VERNEUIL** et **BROCA** protestent contre cette interprétation. Il s'agissait d'un vaste abcès très-douloureux de la région anale. Les cris ne prouvent rien contre l'anesthésie ; car sans cela, ajoute M. Broca, il faudrait douter de l'utilité du chloroforme, les malades qui ont été soumis à son influence s'agitant et criant souvent quand on les opère. Ce qui est important, c'est qu'au moment du réveil ils n'ont aucun souvenir de ce qui s'est passé, et doutent souvent que l'opération ait été pratiquée.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 14 décembre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. **BROCA**, à l'occasion du procès-verbal, fait la rectification suivante :

Dans ma communication de mercredi dernier, je vous ai annoncé que l'hypnotisme avait été employé en Angleterre dès 1842 comme anesthésique chirurgical. M. Azam, qui m'avait la veille donné ce renseignement, croyait se souvenir qu'une amputation de jambe ou de cuisse avait été pratiquée sans douleur par M. James Wood sur un individu hypnotisé, et je m'étais empressé de vous transmettre ce document. Nous ne possédions pas alors le livre de M. Braid ; depuis lors, M. Azam a bien voulu faire venir son exemplaire de Bordeaux, et le mettre à ma disposition. L'amputation dont je vous ai parlé est une amputation de jambe; elle a été faite par M. Ward (et non pas

M. Wood) sur un individu *magnétisé*, et non sur un individu *hypnotisé*. M. Braid a rapporté ce fait dans une longue note de son livre, page 152, sans en tirer aucune conséquence pratique, et uniquement pour prouver, par l'exemple de la discussion qui s'est élevée à ce sujet dans le sein de la Société médico-chirurgicale de Londres, « jus- » qu'à quel point le préjugé peut obscurcir les plus brillantes intelli- » gences. » Il est naturel que ce cas, rapporté dans un traité sur l'hypnotisme, se soit confondu dans le souvenir de M. Azam avec ceux où des opérations ont été faites sur des individus hypnotisés, et qui sont indiqués à la page 250 de l'ouvrage de M. Braid. J'ai publié sans commentaires, dans le *Moniteur des sciences médicales*, la traduction textuelle des deux pages qui se rapportent à cette question des applications chirurgicales de l'hypnotisme. Je me bornerai donc à vous dire ici que M. Braid a arraché six dents sans douleur, que M. Gardom en a arraché trois, qu'enfin M. Braid a pu presque sans douleur ponctionner un abcès et opérer un pied-bot.

M. GUERSANT regrette que M. Cloquet n'ait pas assisté à la dernière séance ; il aurait sans doute donné quelques détails sur un cas singulier qu'il a communiqué autrefois à l'Académie de médecine.

M. CLOQUET. Je ne sais pas si les magnétisés sont dans le même état que les hypnotisés ; en ce qui me concerne, j'ai été magnétisé cinq ou six fois, et toujours sans résultat ; mais il n'en est pas de même pour tout le monde, et les effets produits sont très-divers. Voici en résumé l'observation communiquée par moi à l'Académie de médecine en 1829, et qui a été reproduite *in extenso* par un journal de l'époque.

Je reçus un jour la visite de M. le docteur Chapelain, qui s'occupait alors de magnétisme ; il venait me parler d'une dame atteinte d'un cancer au sein, et dont il calmait les douleurs à volonté par les passes magnétiques ; il me proposa d'envoyer cette malade à ma consultation pour l'examiner et la décider à l'opération.

Quelques jours après, je vis arriver chez moi une femme de soixante ans environ, très-pusillanime et très-nerveuse, et qui était en effet atteinte d'un cancer ulcéré du sein gauche, avec des ganglions axillaires très-notablement engorgés ; la maladie me parut trop avancée pour songer à une opération.

Le lendemain, M. Chapelain vint me voir, et me dit qu'il rendait à volonté cette malade insensible par le magnétisme. Il me proposa de pratiquer l'opération pendant ce sommeil artificiellement produit. J'hésitai d'abord, à cause de l'engorgement des ganglions de l'aisselle,

mais enfin je me décidai, et me rendis chez la malade avec le docteur Pailloux et les internes de mon service de l'hôpital Saint-Louis. Je la trouvai endormie, mais elle parlait et paraissait parfaitement calme; le pouls et la respiration n'offraient rien de particulier; elle préparait elle-même tout ce qui était nécessaire à l'opération; l'insensibilité paraissait complète, car je pus à plusieurs reprises enfoncer des aiguilles dans la peau sans qu'elle donnât le moindre signe de douleur; tout étant disposé, je fis une première incision de 6 à 8 pouces de long sans que la malade manifestât la moindre sensibilité. Interrogée même à ce sujet, elle déclara n'avoir rien ressenti.

Je fis alors une seconde incision; je disséquai la tumeur ainsi que les ganglions de l'aisselle, sans qu'aucun mouvement témoignât une impression douloureuse; on eût dit que l'opération était pratiquée sur un cadavre; il s'écoula comme d'habitude une certaine quantité de sang; les artères une fois liées, j'essuyai les bords de la plaie avec une éponge; à ce moment la malade eut des éclats de rire et des mouvements nerveux qui cessèrent dès qu'on eut remplacé l'éponge par un linge fin. Le premier appareil ne fut levé que le troisième ou quatrième jour, et on reproduisit les éclats de rire dès qu'on voulut se servir de l'éponge, à laquelle il fallut encore renoncer.

On avait laissé persister le sommeil magnétique depuis le moment de l'opération.

M. Chapelain lui demanda : Croyez-vous être assez forte pour être réveillée et apprendre que vous êtes opérée? Oui, répondit-elle. M. Chapelain fit alors quelques passes et la réveilla. On lui dit ensuite que l'opération était terminée depuis longtemps et que la plaie était en voie de guérison. A cette nouvelle, elle versa d'abondantes larmes, poussa des cris et manifesta une certaine agitation, que M. Chapelain fit disparaître à l'aide de quelques passes magnétiques au niveau des paupières, qui s'abaissèrent aussitôt.

Quelques jours après, la malade étant devenue triste et paraissant s'ennuyer chez elle, on lui prescrivit une promenade en voiture; cette distraction produisit un bon résultat; mais l'amélioration n'ayant pas duré longtemps, on fut obligé de recourir encore au même moyen; cette fois, la malade fut saisie par le froid, et contracta une pleurésie qui la fit succomber au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouva la plaie résultant de l'opération en voie de cicatrisation, mais il y avait des fausses membranes dans la plèvre, et un épanchement purulent du côté correspondant à l'opération.

Lorsque je communiquai ce fait à l'Académie, ajoute M. Cloquet, je

soulevai une espèce d'orage, et on m'adressa de nombreuses objections; je répondis alors ce que je serais prêt à répéter aujourd'hui, à savoir, que la vérité doit être prise partout où elle se trouve; pour admettre un fait, il n'est pas nécessaire qu'on puisse l'expliquer.

M. VERNEUIL. Les paroles qui viennent d'être prononcées par M. J. Cloquet montrent la route que les médecins et les physiologistes doivent suivre dans l'étude de l'hypnotisme. Il faut se tenir également éloigné de la crédulité et du scepticisme; il faut étudier ces faits merveilleux de la même manière et par les mêmes procédés que les phénomènes soumis à notre examen ordinaire, c'est-à-dire par des observations précises, circonstanciées, et recueillies avec le même soin que s'il s'agissait d'expériences de physiologie faites dans le laboratoire ou au lit du malade.

J'ai procédé de cette manière dans la semaine qui vient de s'écouler, et je demande la permission de rapporter ce que j'ai vu.

J'ai fait jusqu'à ce jour huit tentatives pour provoquer le sommeil; quatre ont complétement réussi, quatre ont échoué. Deux hommes et six femmes ont été mis en expérience; j'ai réussi sur un homme et sur trois femmes. Dans les cas où rien ne s'est manifesté, je n'ai pas poursuivi l'essai au delà de sept ou huit minutes, au bout desquelles j'ai cru les sujets réfractaires, et j'ai abandonné la partie.

Des trois femmes endormies, l'une avait une vingtaine d'années, une seconde trente-deux, une troisième trente-neuf ans. Le sommeil et l'anesthésie ont été obtenus en moins de cinq minutes, à l'aide d'une petite cuiller d'argent tenue au-dessus des yeux. Deux fois la catalepsie a accompagné l'insensibilité; une fois, au contraire, il y a eu résolution complète des membres. Deux des sujets endormis ont pu tenir une conversation pendant le sommeil; les réponses étaient peu prolixes, lentes, mais très-raisonnables. J'ai constaté l'insensibilité non-seulement à la piqûre et au pincement, mais encore à des explorations qui ne peuvent guère laisser de doute dans l'esprit: telles le chatouillement prolongé de la plante des pieds, l'introduction d'une barbe de plume dans la profondeur des fosses nasales, les contacts légers sur le bord des lèvres fermées, etc. Jamais le moindre mouvement, la moindre contraction réflexe n'a pu faire supposer que ces impressions si intolérables dans l'état de veille avaient été perçues. Or je crois pouvoir avancer qu'il n'y a guère de volonté assez ferme pour triompher complétement des sensations que déterminent le chatouillement de la plante des pieds et l'irritation de la pituitaire. Si on persistait à invoquer la supercherie, je n'essayerais même pas de per-

suader les incrédules. Aucun des huit sujets précités n'a été soumis à la moindre tentative chirurgicale.

Je rapporterai avec quelques détails une observation plus intéressante que les autres, parce qu'elle a été faite sur un jeune médecin brésilien très-impressionnable à l'hypnotisme, et qui rend très-bien compte des circonstances qui président à la réussite ou à l'échec de l'expérience.

M. F..., entrant il y a quelques jours chez M. Mathieu, fabricant d'instruments, y vit l'appareil confectionné par ce dernier ; il le plaça sur sa tête et ressentit bientôt quelques vertiges : il en conclut qu'il serait facilement impressionné par les procédés de l'hypnotisme. Le soir même, il fit une expérience : une bague en diamant fut placée dans la position convenable, et après l'avoir fixée pendant quatre ou cinq minutes, M. F... s'endormit. Les phénomènes de catalepsie et d'anesthésie étaient très-marqués : les amis du sujet s'alarmèrent de cet état complet d'insensibilité, de la pâleur et de la perte d'expression complète du visage ; ils cherchèrent et obtinrent sur-le-champ le réveil.

Une seconde séance fut faite le lendemain : l'anesthésie, promptement obtenue, fut complète ; la catalepsie ne persista que d'un seul côté ; mais un assistant, qui s'occupe d'ophthalmologie, avait soulevé la paupière et examiné l'œil du côté où se montra la résolution des membres.

Une troisième séance eut lieu, mais je n'en connais point les détails.

On me proposa d'examiner M. F..., j'y consentis volontiers ; j'essayai à l'aide d'une cuiller de provoquer le sommeil. Une première séance de dix minutes resta sans succès. Cependant, au bout de ce temps, les traits du visage avaient perdu toute expression : la mâchoire inférieure était pendante ; l'immobilité des yeux complète dans le strabisme convergent supérieur. Je suspendis l'expérience, M. F... conserva l'immobilité pendant une minute environ ; alors je lui pris le bras et lui parlai ; il revint à lui et m'apprit que le sommeil n'était pas complet, mais que si j'avais maintenu quelques instants encore la cuiller devant les yeux, le résultat aurait été obtenu. Nous recommençâmes quelques minutes après. L'expérience cette fois fut prolongée jusqu'à dix-neuf minutes ; elle resta sans succès. Deux fois j'avais observé la dilatation de la pupille et les oscillations de la paupière qui annoncent l'invasion du sommeil. Deux fois ces prodromes de l'état hypnotique avaient disparu. Enfin nous cessâmes, et M. F... m'apprit que chaque fois que mon bras, fatigué de tenir l'objet, exécutait quelques mouvements, chaque

fois qu'un bruit venait à distraire son attention, le vertige précurseur du sommeil disparaissait subitement, il fallait recommencer comme si rien n'avait été fait.

Le lendemain, nouvelle expérience à l'aide de l'appareil de M. Mathieu. Trois fois, au bout de 11, 14 et 18 minutes, les paupières s'abaissèrent, mais elles se relevèrent bientôt. Enfin, au bout de vingt et une minutes, l'œil et les paupières prirent une fixité absolue. Trois minutes plus tard un léger ronflement nous avertit que le sommeil existait, quoique les yeux fussent largement ouverts. J'attendis encore un peu. A la vingt-septième minute j'abaissai les paupières des deux côtés, et le sommeil continua tranquille. Je constatai l'anesthésie et mis les bras en catalepsie; le pouls était calme ainsi que la respiration; la tête renversée en arrière, la bouche ouverte, le visage sans expression quelconque. J'interrogeai le malade, qui parut ne pas pouvoir répondre. Je frottai la région antérieure du cou pendant quelques instants, et l'articulation des sons devint bientôt possible. Le sujet n'éprouvait aucun malaise; il ne se plaignait nullement de l'attitude prolongée de ses bras; à l'état cataleptique succéda bientôt dans les deux mains et les avant-bras un état de contracture très-manifeste et qui portait surtout sur les interossenx adducteurs, sur les fléchisseurs et les extenseurs des doigts; ceux-ci ne pouvaient plus être ni fléchis ni étendus complétement; ils étaient rigides et avaient l'oscillation vibratoire. Une friction sur le membre droit, main et avant-bras, fit cesser ces phénomènes, que nous laissâmes se continuer dans le membre gauche.

A ce moment la sensibilité cutanée parut se réveiller : il y avait environ douze ou treize minutes que le sommeil durait. La sensibilité tactile reparut la première, l'analgésie persistant encore; puis les piqûres furent perçues à leur tour comme sensation douloureuse; la période d'hyperesthésie paraissait commencer. Je mis un terme à l'expérience, qui avait duré environ trente-cinq minutes depuis le début. Le réveil exigea plusieurs insufflations d'air froid sur les paupières. Enfin M. F..., revenu à lui, nous raconta tout ce qu'on lui avait fait ou dit, car il en avait conservé la mémoire exacte; il ne ressentait aucune fatigue, aucun malaise : l'état hypnotique pour lui n'était pas même dépourvu de charme. Il nous confirma de nouveau l'influence du bruit ou de la distraction sur l'état de vertige qui précède le sommeil; la moindre distraction faisait cesser subitement l'invasion de cet état. Trois fois il avait été sur le point de s'endormir, trois fois il en avait été empêché par un petit incident extérieur. J'avais pourtant eu soin de boucher

les conduits auditifs avec du coton, ce qui, soit dit en passant, n'avait paru nullement nuire à l'audition pendant la conversation qui avait été entretenue pendant le sommeil.

Les oscillations exécutées par la plaque brillante de l'appareil employé avaient également été un obstacle au développement des phénomènes. Cependant les oscillations avaient été beaucoup moindres qu'avec la cuiller tenue à la main. Ce qui est particulièrement intéressant ici, au point de vue du procédé, c'est qu'il avait fallu vingt et une minutes pour amener l'état hypnotique, qui dans des expériences précédentes était survenu au bout de cinq minutes environ, et qui la veille même n'avait pu être produit.

M. Verneuil termine en rapportant quelques expériences qu'il a faites sur lui-même, et qui prouvent que le strabisme convergent supérieur prolongé peut, sans produire même le sommeil, permettre à certains muscles de rester contractés sans fatigue pendant un temps deux ou trois fois plus long que cela n'est possible dans les circonstances ordinaires. C'est ainsi qu'il a pu tenir son bras tendu pendant quatorze minutes sans ressentir de lassitude notable dans le deltoïde.

M. RICHARD. Je suis frappé comme nos collègues de cet hypnotisme qui se développe par la convergence forcée des deux yeux. Mais je le suis bien davantage par la propriété remarquable qu'une personne étrangère à l'hypnotisé a de le réveiller par la friction des paupières, de le faire parler en frottant la région laryngienne. Cette personne étrangère porte un nom déjà connu ; c'est un magnétiseur.

M. RICHET. M. Verneuil vient d'engager chacun de nous à faire connaître ses expériences. Je me rends bien volontiers à son invitation, et peut-être celles-ci présenteront-elles quelque intérêt à la Société quand on saura que quelques-unes ont été faites par M. Azam lui-même.

Le jeudi 8 décembre, le lendemain même de la communication de M. Broca à la Société de chirurgie, devant opérer deux malades atteints de fissure à l'anus, je résolus d'essayer la méthode hypnotique. Le premier malade était une femme âgée de quarante-neuf ans, domestique, demeurant rue Jacquard. Voici comment l'interne de service rend compte, dans une note qu'il m'a remise, des détails de l'opération : Cette femme, d'une constitution nerveuse, dit avoir été autrefois très-sujette à des attaques de nerfs. Depuis deux ans environ, ses règles n'ont pas reparu. Après lui avoir demandé si elle voulait consentir à l'expérience, sur sa réponse affirmative, on place à 15 centimètres au-devant de son front, et dans une direction telle que pour le regarder

elle est obligée de loucher en dedans et en haut, un flacon vivement éclairé par les rayons du soleil. On lui recommande de fixer plus particulièrement et très-attentivement le bouchon. La malade, très-docile, se prête parfaitement à l'expérience, qui fut prolongée au delà de dix minutes, montre en main. Or, les résultats furent à peu près complétement négatifs, car nous n'observâmes ni tremblement des paupières ni oscillations de l'iris; la pupille demeura tout le temps contractée et immobile. La malade, qui ne perdit pas un seul moment sa présence d'esprit, déclara à plusieurs reprises qu'elle ne ressentait qu'un peu de fatigue dans les yeux; quant à la sensibilité, interrogée de toutes les façons, elle était restée aussi intacte que l'intelligence.

On la soumit alors aux inhalations de chloroforme ; au bout de quelques minutes l'anesthésie survint, et l'opération fut pratiquée sans que la malade en eût conscience. Un point important à noter c'est que la malade eut une véritable attaque d'hystérie au début des inhalations, caractérisée surtout par des convulsions cloniques, des pleurs, des gémissements , et par une sorte d'exaltation du sens de l'odorat, qui lui faisait vivement repousser la compresse chargée de chloroforme.

Le deuxième malade était un homme de trente-six ans, le nommé Louis-François G..., épicier, couché au pavillon Gabrielle. Cet homme est d'une rare pusillanimité ; plusieurs fois déjà il s'est refusé à l'opération, qu'il redoute à un point qu'on s'imaginerait difficilement. Il paraît très-nerveux et impressionnable au dernier degré ; il tient, dit-il, de sa mère, sujette aux crises de nerfs. Après lui avoir demandé s'il voulait qu'on tentât de l'endormir à l'aide de l'hypnotisme, on renouvela sur lui l'expérience faite sur la malade précédente et dans les mêmes conditions, mais sans plus de succès. Disons cependant que l'iris eut quelques alternatives de dilatation et de resserrement. Après dix minutes de tentatives infructueuses, le malade éprouvant seulement une grande fatigue des yeux sans autres phénomènes, fatigue due à la parfaite docilité avec laquelle il fixait le flacon, demanda à être chloroformé, ce qui fut fait. Le sommeil et l'anesthésie furent obtenus dans peu d'instants, et l'opération de la dilatation fut pratiquée sans que le malade en eût conscience.

Tel est, Messieurs, en substance , le résultat de mes deux premières expérimentations. Le lendemain, je m'apprêtais à les renouveler, lorsque M. Azam, qui était venu rendre visite à mon collègue M. Denonvilliers, voulut bien se charger de les faire lui-même. J'en fus enchanté, parce que je craignais de m'y être mal pris la veille, d'autant mieux que M. Azam nous disait que le docteur Braid prétendait avoir

toujours réussi, et que lui-même chez les femmes n'avait eu que rarement des insuccès. Deux malades furent donc choisies, toutes deux jeunes et de très-bonne volonté.

La première, jeune fille de seize ans, non encore réglée quoique d'une bonne constitution, était affectée d'une ankylose incomplète du coude, que je devais rompre par la flexion brusque et instantanée. M. Azam, appuyant son coude sur l'oreiller, derrière la tête de la jeune fille, lui plaça au-devant du front, à 15 centimètres environ, une spatule en argent lisse et bien polie, en lui recommandant de la fixer. La malade exécuta docilement ce qu'on lui demanda : ses pupilles se contractèrent, puis se dilatèrent alternativement, son visage rougit au bout de quelques minutes, et le pouls sembla se ralentir un peu ; mais ce fut là tout. Après dix minutes d'épreuves, la motilité et la sensibilité ayant été trouvées intactes, nous passâmes à l'autre malade.

Celle-ci était une jeune fille de dix-sept ans, non réglée, atteinte d'une tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne gauche. On lui faisait des injections iodées qui la faisaient souffrir, et on lui persuada facilement de se laisser endormir pour lui épargner la douleur. M. Azam procéda de la même manière que pour l'autre ; mais au bout de onze minutes on ne put constater le plus léger symptôme d'hypnotisme ; seulement cette jeune fille accusait une grande fatigue des yeux.

Malgré ces résultats peu encourageants, je renouvelai deux fois encore ces tentatives le 10 et le 11 décembre ; le 10, sur un homme de trente-six ans qui était venu pour se faire opérer, comme les deux premiers malades, d'une fissure à l'anus par la dilatation. Celui-là, homme plus pusillanime encore que le premier, dirais-je, si cela était possible, était pris d'un tremblement nerveux depuis la veille. Il se prêta avec ardeur à l'expérience, mais sans aucun résultat autre que des oscillations iriennes.

Après douze minutes de tentatives d'hypnotisme, nous l'opérâmes, l'ayant complétement anesthésié par le chloroforme. Enfin, la sixième expérience fut faite sur une jeune fille de seize ans, qui n'avait pas voulu d'abord se laisser endormir par M. Azam, et qui après avoir vu ce dont il s'agissait, se laissa faire très-volontiers. Elle aussi se trouva complétement réfractaire à l'hypnotisme, et ne présenta aucun symptôme digne d'être noté.

Ces résultats sont, on doit le reconnaître, peu encourageants, puisque je n'ai, dans aucun cas, pu obtenir même des effets physiologiques, et cependant je suis bien certain d'avoir opéré suivant les règles d'un

bon procédé opératoire, de celui qui a tant de fois réussi entre les mains de M. Azam; et d'ailleurs, les malades étaient, si je puis ainsi dire, des sujets choisis, tous offrant cette exagération nerveuse, cette impressionnabilité qu'on doit considérer comme une des conditions de succès. Mon collègue M. Denonvilliers, qui expérimentait de son côté, n'a pas été plus heureux. Une seule fois il lui a semblé voir un peu de tremblement des muscles du visage, principalement de ceux qui animent la lèvre inférieure, mais rien de plus. Et comme, dans quelques comptes rendus de journaux, il a été dit qu'il avait réussi dans ses expériences, il m'a autorisé à vous affirmer qu'il n'en était rien.

Que conclure de ces faits négatifs? Une seule chose, à savoir: qu'il doit y avoir une grande variabilité dans la production des phénomènes de l'hypnotisme, et que, selon toute probabilité, on ne pourra les faire naître que chez un nombre très-limité de sujets. Or, c'est là, au point de vue de l'application à la chirurgie, une chose qui me paraît importante à noter dès à présent, et dont il faut que les médecins qui répéteront ces expériences soient prévenus, afin de ne point aborder cette étude avec une trop grande confiance, et aussi de ne pas se laisser décourager par des insuccès. Pour mon compte, je me propose de poursuivre ces recherches, et si j'obtiens des résultats, quels qu'ils soient, je m'empresserai de les faire connaître à mes collègues.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Cavasse, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx*. Paris, 1858. In-4°.

— M. le docteur Combalat, chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *De la région prostatique et de quelques considérations chirurgicales qui résultent de son étude*. Montpellier, 1859. In-8°.

— M. le docteur Grandclémen (de Clermont-Ferrand) adresse à la Société une observation de syndactylie avec polydactylie. Deux moules en plâtre accompagnent cet envoi. (Commissaires, MM. Chassaignac, Verneuil, Deguise.)

— M. Préterre adresse une lettre où il annonce qu'il a arraché sept dents sans douleur sur des individus hypnotisés. (La lecture de cette lettre est renvoyée à la prochaine séance.)

— La Société a reçu, en outre, par l'intermédiaire de M. Giraldès,

le dixième volume des *Transactions of the pathological Society of the London.* Londres, 1858. In-8°.

M. Giraldès signale en particulier dans ce volume un mémoire sur les maladies des dents produites par la syphilis héréditaire.

PRÉSENTATION DE MALADES.

A la fin de la séance, M. Guersant met sous les yeux de la Société deux enfants ; l'un est un petit garçon de cinq ans, qui s'étant, il y a quinze mois, fortement serré la verge avec une ficelle, fut pris de gangrène le troisième jour, à la suite de laquelle la peau et une partie du canal de l'urèthre furent détruites. Aujourd'hui on peut voir que l'urine s'écoule par six trajets fistuleux en même temps que par le canal de l'urèthre.

Le second malade est âgé de huit ans environ, et porte un goître énorme sur les côtés duquel on peut constater de forts battements artériels. La tumeur d'ailleurs augmente chaque jour de volume.

M. Guersant prie ses collègues d'examiner ces deux cas, et demande avis sur ce qu'il convient de faire.

La Société devant se former en comité secret à quatre heures et demie, il est décidé que ces questions seront mises à l'ordre du jour de la séance prochaine.

— La séance publique est levée à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 21 décembre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Nomination d'une commission de l'hypnotisme. — M. LE PRÉSIDENT annonce que plusieurs personnes étrangères à la Société ont demandé la parole pour des communications sur l'hypnotisme. Mais le bureau a pensé que cette question, qui a déjà occupé plusieurs séances, ne devait pas retarder plus longtemps les travaux ordinaires de la Société, et il a cru qu'il serait convenable de renvoyer à une commission spéciale toutes ces communications, dans l'intérêt même de la question.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Monod, Michon et Legouest.

— La parole est à M. Giraldès pour la démonstration d'une pièce d'anatomie pathologique.

La Société se rappelle, dit **M. GIRALDÈS**, que je lui ai présenté, il y a quelque temps, une petite fille portant un kyste congénital du cou ; cette présentation a donné lieu, de la part de quelques-uns de nos collègues, à des remarques sur le meilleur procédé à suivre dans le traitement de ces tumeurs. Les pièces que je soumets à la Société, provenant de l'enfant en question, sont d'un grand intérêt; elles servent à montrer la composition complexe de ces tumeurs, et aussi combien il est nécessaire, avant d'instituer le traitement de ces kystes, d'en bien connaître la nature. En effet les divers procédés qui ont été préconisés à cette occasion par nos collègues ne pouvaient avoir aucune chance de succès; ainsi, les injections iodées simples, les injections avec morcellement des parties contenues dans le kyste auraient sans doute échoué.

La dissection démontre que la tumeur est placée au-dessous de l'aponévrose cervicale, qu'elle est doublée par cette aponévrose, par le *fascia superficialis* et par le peaussier hypertrophié. Elle s'insère par un pédicule fibreux à l'os hyoïde et au cartilage thyroïde. De ces deux points, elle s'est développée en haut et en arrière, de façon à refouler les couches des tissus profonds, et à se former une espèce de loge dans la région latérale du cou. La veine et l'artère thyroïdienne supérieure se ramifient sur ses parois.

Le kyste ouvert laisse écouler un liquide jaunâtre, contenant une grande quantité de globules sanguins altérés, de globules graisseux et de plaques épithéliales. La paroi interne du kyste rappelle la face interne de l'estomac ; elle est tapissée par une couche épaisse de matière analogue au mucus nasal. L'examen microscopique démontre que cette matière est formée par des plaques épithéliales; par des globules graisseux, par une matière granuleuse et par une substance amorphe.

De la partie interne du kyste, du point correspondant à l'os hyoïde, se détache une grappe de tumeurs réunies par un pédicule commun. Les unes sont petites et transparentes, les autres sont d'une couleur opaline ; la plus supérieure et en même temps la plus grosse est d'un rouge violacé. A côté du pédicule se trouve une plaque de l'étendue de 3 centimètres carrés, formée par des kystes en voie de développement. Les tumeurs, divisées dans leur épaisseur, présentent une composition différente : les unes sont formées par des kystes simples, les autres par un grand nombre de kystes miliaires, logés dans un

stroma fibreux, et rappelant la coupe de certaines tumeurs adénoïdes de la mamelle. La substance blanche, qui recouvre la paroi de ces kystes, est composée par la substance graisseuse.

La tumeur la plus volumineuse, celle qui présente une coloration violacée, est formée par un tissu rouge, gélatineux, de la consistance et de la coloration de la gelée de groseille; cette substance est renfermée dans des lames fibreuses, et remplie de productions osseuses analogues à du tissu spongieux. Au milieu de cette masse rougeâtre se rencontre une plaque cartilagineuse, ayant 3 centimètres d'étendue et près d'un centimètre de largeur, présentant une tête arrondie, et rappelant assez la forme d'un os long déformé. Au milieu de ce cartilage existent plusieurs points ossifiés.

L'examen microscopique démontre que la substance rouge est constituée par des globules de sang et par des globules graisseux en très-grande quantité.

La plaque cartilagineuse présente tous les éléments microscopiques du cartilage, et les parties ossifiées sont formées par les éléments microscopiques du tissu osseux. La surface de cette grappe de tumeurs est parcourue par des vaisseaux capillaires sanguins, formant dans quelques points un réseau très-fin et très-serré.

D'après ce qui vient d'être exposé touchant la structure anatomique de cette tumeur, on peut voir que l'opinion qui avait été avancée par un de nos collègues, qu'elle pouvait être le résultat de la transformation d'un ganglion lymphatique, ne peut être soutenue. Il en est de même de l'opinion qui voulait regarder cette tumeur comme un kyste séreux.

Nous serions porté à croire, d'après sa nature anatomique, qu'elle se rapproche davantage des productions formées par une inclusion fœtale.

M. GOSSELIN demande à M. Giraldès s'il est bien sûr que toutes les saillies qu'on voit sur la pièce qu'il présente soient formées par des masses kystiques.

N'y a-t-il pas, au contraire, des parties solides et qui n'ont en aucune façon l'organisation des kystes?

M. GIRALDÈS. Dans la description que je viens de donner se trouve déjà, en partie du moins, la réponse à la question de M. Gosselin. J'ai parlé, en effet, de certaines portions de la tumeur qui paraissaient solides et qui pouvaient être rapportées à des kystes atrophiés. Il est bien entendu d'ailleurs que l'examen de cette pièce n'est pas encore complet, et que je me propose de le poursuivre dans tous ses détails.

M. RICHET. La pièce pathologique présentée par M. Giraldès ne

vient-elle pas à l'appui de l'opinion qui avait été émise par M. Richard? à savoir, que les ganglions sous-maxillaires ont été le point de départ des kystes observés dans les cas analogues? Il lui semble que les parties solides, qui ont frappé l'attention de M. Gosselin donnent une certaine valeur à cette manière de voir.

M. GIRALDÈS. Si je puis m'en rapporter à ce que j'ai déjà vu, au point où est arrivée la dissection, je n'hésite pas à répondre que cette opinion ne me paraît pas fondée.

La tumeur existait au niveau de l'os hyoïde, et non dans la région où se trouvent disséminés les ganglions. Je ferai remarquer, en outre, qu'il y avait une poche principale énorme et remplie de sang.

M. CLOQUET. Pour savoir si ces tumeurs sur lesquelles on discute sont des kystes ou des ganglions, il faut tout simplement les fendre et en étudier la structure.

M. GIRALDÈS. J'ai voulu que la Société pût suivre la dissection de cette pièce, et c'est pour cela que je n'ai pas cru devoir la compléter en son absence; elle le sera ultérieurement, et j'aurai soin d'en faire passer tous les détails sous les yeux de mes collègues.

M. VELPEAU. Je ne connais pas bien le point de départ de cette observation. Mais, après avoir examiné la pièce pathologique, je me crois autorisé à demander à M. Giraldès s'il n'y a pas quelque analogie entre ces tumeurs et celles que j'ai décrites dans la mamelle sous le nom de tumeurs adénoïdes, et dont j'ai placé le point de départ dans l'exhalation de certains liquides. Il me semble avoir constaté sur la pièce qu'on nous montre une matière concrète, quelque chose enfin qui rappelle une production nouvelle. Je reconnais d'ailleurs que ce ne sont là que des présomptions; mais j'ai pensé que, puisque la dissection n'était pas complète, il était bon d'appeler l'attention de M. Giraldès sur ce point.

M. GIRALDÈS. En ouvrant la tumeur, j'ai été frappé, comme M. Velpeau, de la ressemblance qu'elle offrait avec les tumeurs prolifères de la glande mammaire; mais, je le répète, l'examen n'est pas complet, et il m'a paru sage de remettre à plus tard un jugement définitif.

CORRESPONDANCE.

Elle comprend :

Une lettre de M. le docteur Bourgeois (de Tourcoing) avec une observation d'opération césarienne suivie de succès, et d'une nouvelle grossesse qui aurait donné lieu à la rupture de l'utérus et au passage du fœtus dans la cavité abdominale. M. Bourgeois demande l'avis de

la Société sur la question de savoir s'il convient de pratiquer la gastrotomie.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Cazeaux, Danyau, Depaul et Laborie.

— M. Préterre, dentiste à Paris, adresse à la Société une nouvelle lettre sur l'application de l'anesthésie hypnotique à la chirurgie dentaire. Il a réussi quatorze fois sur vingt et une à arracher des dents sans douleur chez des individus hypnotisés. L'hypnotisation n'a réussi que quatre fois sur huit hommes adultes. Les autres succès sont relatifs à des femmes ou à des enfants.

— M. le docteur Levavasseur, médecin de la colonie de Pontgombault, arrondissement du Blanc (Indre), communique la relation d'une opération qu'il a pratiquée sur un jeune colon de quatorze ans préalablement hypnotisé. N'ayant obtenu au bout de huit minutes que des phénomènes de catalepsie, sans anesthésie, il a cru l'expérience manquée, et a fait alors une incision de 3 centimètres pour ouvrir un vaste abcès de la région lombaire. L'enfant a crié au moment de l'incision; mais, au bout de quelques instants, il est revenu à lui, et ne s'est souvenu de rien. Il n'y a donc pas eu anesthésie, mais seulement oubli complet de la douleur.

— M. le docteur Burcq, de Paris, en annonçant une communication sur l'anesthésie hypnotique pour une prochaine séance, ajoute quelques détails historiques sur l'introduction de l'hypnotisme en France. La découverte de M. Braid a été exposée en 1852 par M. Victor Meunier dans le *Bulletin scientifique* du journal la *Presse*. Plus tard, en 1855, M. Philips publia, chez M. J. B. Baillière, un volume in-8° intitulé *Electro-dynamisme vital*, où sont exposés avec détails les phénomènes de l'hypnotisme. Enfin, à la même époque, M. Peisse, en analysant cet ouvrage dans la *Gazette médicale*, a mentionné les mêmes faits.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur les deux malades présentés dans la dernière séance par M. Guersant.

Personne ne s'étant fait inscrire, la parole est à M. Verneuil, qui lit au nom de M. Rampolla (de Palerme) une note sur un *nouveau procédé pour le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens.*

Renvoyé à l'examen de MM. Guérin, Chassaignac et Verneuil.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente une malade âgée de vingt-deux ans, et chez laquelle la Société a pu constater, il y a quelques mois, l'exis-

18.

tence d'une tumeur érectile volumineuse développée dans l'aisselle droite. Cette tumeur, prise pour un abcès par le médecin de la localité qu'habitait la malade, fut ouverte avec le bistouri, et donna lieu à une hémorrhagie tellement abondante que la malade fut apportée mourante à l'hôpital Lariboisière, où M. Chassaignac parvint, à l'aide du perchlorure de fer, à arrêter définitivement l'hémorrhagie.

Restait la tumeur, accrue encore par suite de la méprise dont nous avons parlé, et qui avait le volume d'un gros œuf de poule, et de plus était sessile, à base très-large et adossée aux vaisseaux et nerfs axillaires. Voici comment elle fut opérée : Trois longues aiguilles furent passées au-dessous d'elle, de manière à la séparer des vaisseaux ; au-dessous des aiguilles fut passée une ligature qui par sa constriction donna lieu à un pédicule sur lequel fut appliquée la chaîne de l'écraseur linéaire. L'ablation de la tumeur, qui fut faite à sec et sans l'effusion d'une goutte de sang, dura une heure un quart, et pendant toute la durée de l'opération l'état anesthésique complet par le chloroforme fut entretenu sans aucun inconvénient. Aujourd'hui, deux mois et demi après l'opération, la cicatrice est solide et ne met pas d'obstacle aux fonctions du membre.

La malade, qui présente sur diverses parties du corps de nombreuses taches *érectiles cuticulaires*, est le troisième exemple d'une coïncidence signalée par M. Chassaignac entre l'existence de taches érectiles multiples et l'hypertrophie totale d'un des membres. Le membre inférieur gauche, chez cette jeune fille, présente un volume double de celui du membre opposé.

M. VELPEAU demande si le chloroforme a été employé pendant toute la durée de l'opération, et si on a laissé persister le sommeil pendant un temps aussi long et sans aucune interruption.

M. CHASSAIGNAC répond que les choses se sont en effet passées de la sorte. A cette occasion, il rappelle que les accidents produits par les anesthésiques ont toujours eu lieu au début des inhalations, et que le sommeil une fois produit peut être entretenu pendant un temps très-long sans le moindre inconvénient. C'est ce qu'il a déjà fait un grand nombre de fois, comme dans l'observation dont il vient de parler. Il se sert toujours du chloroforme, et il l'administre par le procédé ordinaire.

M. VELPEAU. Quant à moi, je n'ai jamais osé aller aussi loin. Une seule fois, à l'occasion d'une opération de hernie, j'ai prolongé l'action du chloroforme pendant vingt minutes, et j'étais déjà effrayé. Je suis

enchanté que M. Chassaignac nous ait fait connaître les résultats de son expérience. Je serai moins timoré à l'avenir.

M. CAZEAUX. Dans les accouchements, on a déjà un grand nombre de fois prolongé l'action du chloroforme pendant plusieurs heures, cinq ou six, par exemple, et cela sans aucun danger. Moi-même, dans un cas d'éclampsie, j'y ai eu recours pendant plusieurs heures, et je ferai remarquer, en passant, que cette pratique me paraît un excellent moyen pour triompher de cette terrible affection.

M. LARREY. M. Sédillot, qui a beaucoup étudié la question du chloroforme, a déjà démontré depuis longtemps qu'on pouvait sans inconvénient en prolonger l'action pendant un temps fort long.

Quant à l'augmentation de volume d'un membre, j'ai eu occasion de la constater sur deux ou trois soldats. C'est une sorte d'engorgement que je suis très-disposé à rattacher à des varices profondes, affection qui a été si bien décrite dans ces derniers temps.

M. DEPAUL. M. Cazeaux a parlé des avantages de l'anesthésie dans le traitement de l'éclampsie, et a paru lui accorder une grande confiance. Je crois devoir dire, sans contester l'utilité possible du chloroforme, qu'il y a une autre méthode que je considère comme beaucoup plus efficace; je veux parler des émissions sanguines à haute dose, pourvu qu'elles soient employées en temps opportun.

M. BOINET. L'enfant que je mets sous les yeux de la Société, et qui lui a déjà été présenté par moi il y a trois ans, est une petite fille de dix ans. A la suite d'une gangrène de la bouche, de fortes adhérences se sont établies, qui gênent considérablement le mouvement des mâchoires, et rendent l'alimentation très-difficile.

J'ai cru longtemps que ce cas était au-dessus des ressources de l'art. Mais dans la dernière séance, M. Verneuil m'a suggéré l'idée d'une opération qui aura, je l'espère, un bon résultat. Je me propose de faire une section du maxillaire, d'établir une fausse articulation, de procurer ainsi une certaine mobilité et de diminuer notablement la difformité.

Je tiendrai la Société au courant de ce qui arrivera.

M. GUERSANT. On se rappelle la petite fille que j'ai présentée il y a six semaines, et qui portait trois tumeurs différentes, l'une à la région palatine, l'autre sur le bord alvéolaire, et la troisième sur la région latérale du crâne.

La première a été en grande partie détruite par la cautérisation avec le fer rouge; la seconde est dans le même état. Quant à la troisième, sur la nature de laquelle les avis de la Société avaient été partagés,

je me suis décidé à l'enlever avec l'écraseur, après l'avoir préalablement pédiculisée à l'aide d'un double fil passé à la base. Il s'est écoulé beaucoup de sang pendant l'opération.

Voici la tumeur. Elle est constituée par la peau notablement hypertrophiée et par des cordons volumineux développés dans l'épaisseur et au-dessous du derme.

M. VERNEUIL, qui a commencé l'examen de cette pièce, fait remarquer que ces cordons ne sont autre chose que des filets nerveux très-hypertrophiés. C'est la reproduction très-exacte du premier fait de ce genre qu'on doit à M. Depaul, qui avant l'opération de la malade de M. Guersant avait porté un diagnostic que l'examen anatomique vient de vérifier.

— La séance est levée à cinq heures.

ERRATUM. — C'est par erreur que la communication suivante, faite par M. Velpeau dans une des dernières séances, n'a pas été consignée dans le dernier procès-verbal. Nous la rétablissons ici.

M. VELPEAU. J'ai aussi fait à la Charité un certain nombre d'expériences. Quatorze ou quinze sujets ont été soumis aux manœuvres hypnotiques neuf ou dix fois ; on n'a obtenu aucun résultat ; mais dans six cas, chez des femmes, il faut le dire, le sommeil a été obtenu de manière à ne laisser aucun doute sur la réalité des effets. Pour M. Velpeau, la possibilité de produire l'anesthésie n'est pas douteuse, mais il paraît jusqu'à présent que les hommes sont beaucoup moins accessibles que les femmes au développement de ces phénomènes ; il est également certain que le strabisme convergent supérieur n'est pas indispensable, car parmi les sujets qui ont été hypnotisés, un certain nombre l'ont été par une position différente de l'objet brillant.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 28 décembre 1859.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté, après quelques modifications demandées par MM. Larrey, Guersant et Boinet.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que, la question de l'hypnotisme ne pouvant être convenablement jugée que par des faits, il importe que tous ceux qui feront désormais des expériences tiennent note exacte

des résultats qu'ils auront obtenus. Ce sera le plus sûr moyen d'arriver plus tard à une solution définitive.

M. VERNEUIL complète la description de la pièce pathologique présentée dans la dernière séance par M. Guersant. Une note détaillée sera ultérieurement publiée.

CORRESPONDANCE.

M. Broca fait hommage de son mémoire intitulé : *Remarques sur les fractures spiroïdes et sur les régénérations osseuses.* Paris, 1859, in-8°.

— M. Larrey offre à la Société, au nom de l'auteur, M. le docteur Tisseire, un mémoire intitulé : *Etudes sur la vipère cornue* (*bicorne*) *du sud de l'Algérie.* Alger, 1858, in-8°.

— M. le secrétaire général dépose sur le bureau le neuvième volume des *Bulletins de la Société de chirurgie.*

Il dépose également sur le bureau cinq exemplaires du nouveau règlement, qui a dû être modifié et réimprimé, pour être mis en harmonie avec les statuts adoptés par M. le ministre de l'instruction publique.

— M. Giraldès offre à la Société, de la part de M. Prescott-Hewett, membre correspondant à Londres, le 42ᵉ volume des *Medico-chirurgical transactions.* Lond., 1859, in-8°, et donne une courte indication des principaux mémoires chirurgicaux contenus dans ce volume.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

— M. Defer, médecin de l'hôpital civil de Metz, adresse une lettre contenant le résumé de ses expériences sur l'hypnotisme.

— M. Verneuil présente, de la part de M. Guérineau, professeur adjoint à l'Ecole de médecine de Poitiers, la relation d'une amputation de cuisse pratiquée sans douleur sur un homme hypnotisé.

Ces deux pièces sont renvoyées à la commission de l'hypnotisme.

— M. Hala, ex-interne des hôpitaux, docteur en médecine à Rodez, demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national, et envoie à l'appui de sa demande un manuscrit intitulé : *Etude sur la résection comparée à l'amputation dans les tumeurs blanches du coude.* (Commissaires, MM. Huguier, Jarjavay, Deguise.)

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Larbès, de Damaran (Lot-et-Garonne), ex-aide-major de l'armée, une observation intitulée : *Anévrysme faux consécutif de l'artère tibiale postérieure.*

Traitement par la méthode d'Anel ou de Hunter, comparée à celle de Brasdor. (Commissaires, MM. Larrey, Guérin, Giraldès.)

M. GIRALDÈS complète la description de la tumeur présentée dans la dernière séance.

La structure de la tumeur présentée à la Société, et dont les détails microscopiques ont été exposés dans le compte rendu de la dernière séance, permet d'établir l'ordre dans lequel doit être rangée cette production. En effet, la formation cartilagino-osseuse qu'elle renfermait et aussi les parois du kyste la rangent à côté des inclusions fœtales.

Des productions de ce genre ont été signalées par les auteurs, et je citerai notamment celle qui a été décrite dans la thèse de Gilles, observée à la clinique du professeur Wutzer, à Bonn. Une production de même nature a été rencontrée par Joube, et l'observation se trouve rapportée dans l'histoire de l'Académie des sciences de Paris pour l'année 1754.

M. CHASSAIGNAC communique à la Société une observation très-intéressante du docteur Ancelon, de Dieuze. Il s'agit d'un polype du rectum, opéré avec succès par M. Ancelon chez un vieillard, au moyen de l'écrasement linéaire. Sans contester formellement ce qui a été dit sur la fréquence prédominante des polypes du rectum dans l'enfance, M. Ancelon exprime l'opinion que cette maladie est beaucoup moins rare chez les vieillards qu'on ne le pense généralement.

M. LE PRÉSIDENT rappelle au comité de publication que, d'après le nouveau règlement, il doit dans la séance prochaine faire son rapport sur les travaux qu'il a eu à examiner.

Il prie également les rapporteurs des diverses commissions qui sont en retard, de se mettre en mesure dans le plus bref délai.

Enfin, il annonce que la Société va avoir à s'occuper de diverses élections.

Le bureau a décidé qu'il y avait lieu de nommer cinq correspondants nationaux et huit correspondants étrangers.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Des inhalations de chloroforme dans les opérations pratiquées sur les yeux; par le professeur V. Stoeber, de Strasbourg.

Lorsque, il y a un petit nombre d'années, Jackson fit une de ces découvertes qui font époque dans les sciences médicales, une prudente réserve accueillit l'emploi des anesthésiques. Peu à peu cependant leur usage se répandit, et l'on n'aurait sans doute pas tardé à tomber dans un engouement dangereux, lorsque des cas de mort dus aux inhalations d'éther ou de chloroforme vinrent arrêter cet élan.

La connaissance de ces accidents se répandit dans le public. Les malades demandèrent moins souvent à être *endormis*, et les médecins restreignirent généralement l'usage des anesthésiques aux opérations très-douloureuses et à celles pratiquées sur des individus pusillanimes et difficiles à maîtriser.

Dans la pratique ophthalmiatrique, on n'hésita pas à employer le chloroforme pour l'extirpation du globe de l'œil, dans l'opération du strabisme pratiquée sur des enfants, dans l'extraction de corps étrangers de l'œil sur des sujets très-jeunes ou pusillanimes, etc. (1). Mais on s'en abstenait dans les opérations de cataracte, de pupille artificielle et autres.

M. le professeur Juengken, de Berlin, ne suivit point cette voie. En 1850 il publia un mémoire (2) dans lequel il cherche à démontrer, par des faits qui lui sont propres, que la chloroformation est utile et peut être employée sans crainte dans toutes les opérations pratiquées sur les yeux, et notamment dans les opérations de cataracte, de pupille artificielle, de ptérygion, d'ectropion et d'entropion, pour l'extirpation des chalazes, etc.

M. Chassaignac, qui paraît ne pas avoir connu les travaux du professeur de Berlin, porta la question devant la Société de chirurgie le 28 juillet 1852 (3). La communication de M. Chassaignac concerne principalement l'action des anesthésiques sur l'œil, et ce n'est qu'accessoirement qu'il y est question des avantages qu'on peut en retirer dans les opérations de cataracte.

Enfin, M. White Cooper, dans un article inséré dans le *Association*

---

(1) Voir, pour les premiers essais faits avec l'éther en 1847, un article de M. Cunier (*Annales d'oculistique*, 1847, t XVII, p. 205) qui se ressent des tâtonnements inséparable d'une nouvelle découverte.

(2) *Die Anwendung des Chloroformes bei Augen operationem.* Ein Send-Schreiken, von Dr J. C. Juengken. Berlin, 1850.

(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 3e vol., p. 37.

medical Journal (1), rapporte ce qu'il a observé relativement à l'emploi du chloroforme dans la chirurgie oculaire et spécialement dans l'opération de la cataracte.

Malgré les publications de ces honorables confrères, leurs opinions ne se répandirent que peu, et l'on continua assez généralement à ne pas recourir au chloroforme pour les opérations les plus usuelles de la chirurgie oculaire. C'est qu'en effet on pouvait *a priori* faire aux opinions de MM. Juengken, Chassaignac et Cooper des objections qui se résument peut-être dans les cinq points suivants :

1° L'emploi du chloroforme est par lui-même une opération grave, puisqu'elle peut occasionner la mort; on ne doit donc y recourir que dans les cas de nécessité absolue;

2° Cette nécessité n'existe point dans la plupart des opérations pratiquées sur les yeux, et qui sont en général peu douloureuses;

3° Il y a chez les individus non chloroformés, pour l'exécution de certaines opérations, des facilités qui n'existent point chez les anesthésiés. Et d'abord la position horizontale est souvent moins favorable que la verticale, surtout dans une clinique, où il s'agit de faire voir l'opération à beaucoup d'assistants;

De plus, dans certaines opérations de cataracte, de pupille artificielle, de strabisme, il est avantageux que le malade puisse diriger l'œil à volonté dans un sens ou dans un autre. Cette faculté se perd par la chloroformisation;

4° Si le malade se réveillait avant que l'opération fût achevée, les mouvements involontaires qu'il exécuterait pourraient provoquer des accidents graves;

5° L'emploi du chloroforme détermine souvent des vomissements, accident fâcheux après l'opération de la cataracte, du staphylôme, etc.

Ces objections m'ont paru assez sérieuses pour m'empêcher pendant plusieurs années de me servir du chloroforme dans les opérations considérées comme peu douloureuses. Ce n'est qu'au mois d'avril 1854 que, voulant opérer, par extraction, une femme très-pusillanime dont les yeux étaient profondément situés dans l'orbite, j'ai été obligé de me servir du chloroforme. L'opération eût été presque impossible sans ce moyen.

Encouragé par le résultat, j'ai depuis lors opéré vingt individus chloroformés. C'est le résumé de ce que j'ai vu dans ces cas que je viens soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie.

Je crois cependant devoir commencer par répondre sommairement aux objections que j'ai posées à l'emploi des inhalations chloroformiques :

(1) *Annales d'oculistique*, 1853, t. XXIX, p. 47.

1° Il ne m'est pas démontré que le chloroforme bien employé présente des dangers tels, qu'il faille renoncer à son usage. Les précautions que je prends sont de le faire respirer à distance, par conséquent mélangé d'air atmosphérique; de placer le malade dans la position horizontale, et de ne pas lui permettre de manger pendant les cinq heures qui précèdent l'opération.

2° On considère comme peu douloureuses certaines opérations, parce qu'elles ne nécessitent pas de grandes incisions; mais l'extraction de la cataracte, les opérations de pupille artificielle, l'ablation des staphylômes, paraissent être plus douloureuses qu'on ne le croit généralement. D'ailleurs, si la douleur occasionnée par ces opérations n'est pas à comparer à celle produite par la taille, l'arrachement de l'ongle incarné, les amputations, elles produisent par contre, chez le malade, une appréhension, une anxiété, qui sont pires que la douleur, et qui sont dues, sans doute, à l'importance du résultat à obtenir. Cette crainte peut être portée au point de ne pouvoir être surmontée. On a vu des malades bien décidés à l'opération s'y refuser au moment où le médecin allait l'exécuter.

3° Parmi les avantages qu'on perd par l'emploi de l'anesthésique, j'ai cité en premier lieu la position du malade. Il est plus facile, plus agréable de pratiquer les opérations d'oculistique le malade étant assis. Les spectateurs suivent mieux les manœuvres de l'opérateur. M. Juengken ne renonce pas à cet avantage: il met les individus soumis aux inhalations de chloroforme dans la position verticale, en les faisant tenir par des aides. C'est une pratique que je n'oserais imiter; l'expérience paraît démontrer que les accidents produits par le chloroforme sont arrivés plus souvent aux individus assis qu'à ceux qui étaient couchés. Je place donc les malades à opérer dans la position horizontale. Le salut du malade doit l'emporter sur la commodité de l'opérateur et des assistants.

Un autre avantage qu'on perd effectivement par la chloroformisation, c'est de pouvoir faire diriger l'œil, par la volonté du malade, dans le sens le plus favorable à l'opération. Il y aura à examiner si l'emploi des anesthésiques ne nous donne pas, dans certaines circonstances, des facilités et des avantages qui contre-balancent ce qu'il nous fait perdre.

4° Il est certain aussi que si le malade se réveillait au milieu d'une opération, comme par exemple l'extraction de la cataracte, s'il faisait alors des mouvements involontaires violents, des accidents sérieux, l'écoulement de l'humeur vitrée dans l'exemple cité, pourraient en résulter. Il faut donc que le chirurgien prenne ses précautions pour parer à cet inconvénient. Le plus sûr moyen consiste dans l'emploi des

inhalations jusqu'à résolution complète. On verra quelle est l'importance de ce précepte lorsque je parlerai de l'opération de la cataracte par extraction.

5° Le vomissement, qu'on redoute tant, est rare lorsque le malade est à jeun; je ne l'ai vu que deux fois chez mes malades opérés de la cataracte; dans un de ces cas il ne s'est manifesté que trente-six heures après l'opération et doit être attribué à d'autres causes qu'au chloroforme.

Effets des inhalations de chloroforme sur les yeux.

Les avantages et les inconvénients de la chloroformisation dans certaines opérations pratiquées sur les yeux peuvent se déduire de l'effet que les anesthésiques produisent sur l'organe de la vue. Les faits que j'ai observés ne confirment pas toutes les assertions de M. Chassaignac. Je laisse aux observations ultérieures le soin de rectifier les erreurs dans lesquelles nous avons pu tomber. Je me borne à dire ce que j'ai vu.

Lorsqu'on a poussé l'inhalation du chloroforme jusqu'à la résolution complète des muscles des extrémités, qu'il n'existe plus ni roideur, ni sensibilité, on était en droit de croire que les muscles de l'œil devaient également se trouver dans le relâchement. Aussi ai-je été étonné de voir qu'il n'en était pas ainsi. En voulant écarter les paupières, j'ai souvent été arrêté par une certaine résistance due aux contractions de l'orbiculaire des paupières, qui se trahissent d'ailleurs aussi par les clignotements qu'on observe. Il a fallu dans ces cas continuer les inhalations pour obtenir la résolution de ce muscle, qui paraît par conséquent résister plus longtemps à l'action des anesthésiques. Ce muscle n'est cependant pas le dernier à se contracter; son relâchement étant obtenu, lorsqu'on écarte les paupières on trouve très-souvent l'œil dirigé en haut et la cornée en partie cachée sous la paupière supérieure. Cet effet n'est pas constant : chez beaucoup de malades, l'œil se tient dans une position normale, la cornée placée au centre de la fente palpébrale. Peut-être qu'en continuant les inhalations obtiendrait-on le relâchement du muscle droit supérieur, comme on obtient celui de l'orbiculaire; c'est une supposition que je fais, et dont je n'ai pas vérifié la justesse, car la contraction du droit supérieur cédant à une légère traction ne m'a jamais empêché d'opérer. On sait d'ailleurs que cette position est celle de l'œil pendant le sommeil.

On est en droit d'attribuer également à une chloroformisation incomplète la contraction de tous les muscles de l'œil et la fixité du globe qui en résulte. Ce phénomène a été signalé par M. Chassaignac, considéré par lui comme constant, et dû à l'emploi du chloroforme. Il

est probable qu'il est le résultat de la période d'excitation et qu'il disparaît aussitôt que survient le relâchement de l'orbiculaire; car dans mes opérations de cataracte je ne l'ai jamais observé. J'ai trouvé, au contraire, le plus souvent une flaccidité très-grande des muscles, telle, qu'on est obligé de fixer le globe de l'œil pour l'empêcher de suivre l'impulsion que lui donne le kératotome. L'absence totale de contraction et même de tonicité se manifeste quelquefois d'une manière très-sensible à la suite de l'extraction du cristallin. La cornée s'affaisse alors pour s'appliquer à l'iris et au corps vitré, au point de former une dépression considérable à la surface antérieure de l'œil. Sur un des malades opérés à la clinique ophthalmologique de notre Faculté, ce phénomène a été porté très-loin et a frappé tous les assistants.

Le relâchement des muscles du globe de l'œil est même l'effet le plus important que nous devons chercher à obtenir dans l'extraction de la cataracte; c'est lui qui empêche la blessure de l'iris et l'écoulement de l'humeur vitrée, ainsi que je le dirai en parlant de la chloroformisation appliquée à l'opération de la cataracte.

On a signalé la dilatation de la pupille comme effet de l'agent anesthésique. Dans les cas où je n'avais pas instillé une solution d'atropine, j'ai vu que la pupille était modérément dilatée et à peu près immobile.

Avantages et désavantages des inhalations de chloroforme dans les opérations d'oculistique.

L'anesthésie, la résolution musculaire, l'absence de congestion qui en résulte, tels sont les avantages de l'emploi du chloroforme dans la chirurgie oculaire. L'absence de mouvements volontaires, le réveil trop prompt et les contractions involontaires qui l'accompagnent, les vomissements, voilà ses inconvénients.

L'anesthésie évite au malade les douleurs et l'anxiété. La résolution musculaire rend certaines opérations plus faciles et empêche quelques accidents. L'absence de congestion est favorable quant au résultat définitif.

D'un autre côté, l'impossibilité d'exercer les mouvements volontaires rend quelques opérations plus difficiles. Le réveil trop prompt et les vomissements peuvent amener des accidents fâcheux.

En parcourant les principales opérations dans lesquelles je me suis servi du chloroforme, on pourra en déduire ses indications.

Je ne parlerai point des opérations dans lesquelles on n'emploie le chloroforme que comme anesthésique, pour éviter aux malades des douleurs très-vives : telles sont l'extirpation du globe de l'œil, la destruction du sac lacrymal par des caustiques.

Dans les opérations moins douloureuses dont je vais parler, c'est bien plus la résolution musculaire qui nous importe que l'anesthésie proprement dite.

1° *Examen des yeux.* — Tous les praticiens savent combien il est difficile d'examiner les yeux chez les malades affectés de blépharospasme, et chez ceux, les enfants surtout, qui appréhendent cette investigation. Il est cependant essentiel dans certains cas de savoir au juste quelles sont les altérations que nous cachent les paupières. Le chloroforme nous offre un moyen facile de procéder à cet examen. Pendant l'épidémie d'ophthalmie purulente qui a régné dans le service des enfants malades de l'hôpital civil de Strasbourg, j'ai eu recours à ce moyen avec M. le professeur Tourdes, chargé de cette clinique, sur un assez grand nombre d'enfants. Le chloroforme agit si vite sur ces petits malades, qu'on peut s'en servir sans perdre trop de temps, et en leur évitant l'anxiété qui accompagne toujours les tentatives, souvent infructueuses, que fait le médecin pour examiner le globe de l'œil.

2° *Corps étrangers dans l'œil.* — L'extraction des corps étrangers de l'œil est parfois difficile chez les adultes; elle est quelquefois impossible chez les enfants, à cause de la résistance qu'ils opposent lorsqu'on approche de l'œil. La chloroformisation enlève cette difficulté. Il y a quelques années on m'adressa, d'une ville voisine, un garçon de dix ans, d'une force extraordinaire. Il avait un fragment de capsule fulminante dans la cornée, et plusieurs médecins n'avaient pu le maîtriser pour lui enlever ce corps étranger. L'emploi du chloroforme fut, à la vérité, difficile, six personnes purent avec peine maintenir le malade pour rendre possible l'inhalation. Mais une fois le malade endormi, l'extraction du fragment de capsule fixé dans la cornée ne présenta plus aucune difficulté.

3° *Strabisme.* — L'opération du strabisme, comme l'extraction des corps étrangers, présente des difficultés insurmontables chez les personnes pusillanimes. Aussi avait-on autrefois renoncé à opérer les enfants assez âgés pour ne pas pouvoir être maîtrisés. Le chloroforme fait disparaître cette contre-indication : avantage incontestable; car on sait que plus le strabisme persiste et plus la vue s'affaiblit à l'œil qui louche.

Chez les adultes qui ne craignent pas beaucoup l'opération, je préfère cependant la pratiquer sans me servir du chloroforme. L'opération est alors plus facile; le malade peut diriger son œil dans le sens qu'on lui indique; et la section du muscle étant faite, on peut s'assurer immédiatement du redressement plus ou moins complet de l'œil dévié.

4° *Entropion et ectropion.* — Ces opérations sont assez douloureuses. Dans quelques cas, la contraction musculaire est gênante. C'est ce qui

a lieu surtout dans l'ectropion spasmodique. Dans un cas de ce genre, j'ai récemment fait l'ablation du bord des paupières supérieures, suivant la méthode de Jaeger, avec une facilité que certes je n'aurais pas eue sans l'usage du chloroforme. Comme il s'agit dans ces cas d'enlever les bulbes de tous les cils, on est obligé de procéder avec lenteur; la douleur qui en résulte augmente la contraction de l'orbiculaire, d'où des difficultés qui font échouer l'opération ou en rendent le résultat incomplet.

5° *Staphylôme.* — L'ablation du staphylôme de la cornée a pour but principal de remédier à une difformité souvent hideuse. Il importe, à cet effet, que l'opérateur en enlève une portion assez considérable pour que la maladie ne se reproduise plus et que l'œil ne soit plus saillant; qu'il soit même plus petit que l'autre lorsqu'on veut faire porter un œil artificiel. Il arrive alors dans certains cas que la contraction musculaire chasse brusquement le cristallin, et à sa suite le corps vitré. Dans ce cas, l'œil se réduit à un petit moignon qui se cachera dans le fond de l'orbite, ne soutiendra plus les paupières et ne sera plus capable d'imprimer des mouvements à l'œil artificiel.

Lorsque le malade est chloroformé, cet écoulement de l'humeur vitrée n'a pas lieu, les muscles étant dans le relâchement. Des observations ultérieures sont cependant nécessaires pour déterminer si des vomissements provoqués par le chloroforme ne pourront pas donner lieu à cet accident.

6° *Pupille artificielle.* — La contraction des muscles de l'œil, les mouvements involontaires de cet organe, dus à l'anxiété qui s'empare des malades, rendent souvent très-difficiles les opérations de pupille artificielle. Il arrive, surtout dans l'opération par excision, qu'au moment où l'on tire l'iris au dehors de la plaie cornéenne, la douleur qui en résulte fait faire au malade des mouvements involontaires qui détachent l'iris du crochet ou de la pince et rendent l'opération incomplète, ou forcent l'opérateur à faire de nouvelles tentatives pour saisir le voile irien.

L'emploi du chloroforme rend donc l'exécution de cette opération plus facile et plus sûre. Un inconvénient de la chloroformisation dans ces cas, inconvénient déjà signalé par M. Juengken, c'est la difficulté de rendre l'incision de la cornée assez grande, l'œil ne présentant aucune résistance au couteau. J'y remédie en fixant le globe de l'œil au moyen d'une pince avec laquelle je saisis la conjonctive au côté opposé à celui dans lequel je plonge le kératotome.

7° *Cataracte.* — De toutes les opérations pratiquées sur les yeux, il n'en est pas de plus importante que celle de la cataracte. Il s'agit ici pour le malade, comme dans l'opération de la pupille artificielle, d'y

voir ou de ne pas y voir. On comprend l'anxiété dans laquelle se trouvent les personnes les plus courageuses au moment de se soumettre à une opération dont dépend tout leur avenir. Ne soyons donc pas étonnés des contractions musculaires involontaires que nous observons dans ces cas, et des inconvénients qui en résultent.

Le premier obstacle qui se présente souvent, c'est le spasme des paupières; il rend leur écartement difficile. Surmonté d'abord par l'aide chargé de relever la paupière supérieure, il se reproduit quelquefois avec assez de force pour arracher la paupière au doigt de l'aide, et arrêter le chirurgien au milieu de manœuvres délicates. On a cherché à prévenir cet accident en faisant fixer la paupière par l'élévatoire de Pellier, ou un ophthalmostat quelconque. Mais ces instruments tendent trop la conjonctive et exercent par là une certaine pression sur l'œil, pression qui peut avoir de grands inconvénients, surtout dans l'extraction. De plus, l'instrument ne peut pas toujours être dégagé assez vite sans froisser plus ou moins le globe de l'œil. Les opérateurs préfèrent donc généralement, dans l'extraction, faire soulever la paupière au moyen du doigt.

Les efforts de l'aide pour écarter les paupières ainsi contractées produisent, d'ordinaire, dans l'œil un état de congestion qui peut ne pas être innocente au moment où l'on fait à l'œil une blessure qui y détermine une inflammation plus ou moins vive.

La contraction musculaire présente un inconvénient beaucoup plus grave encore. Les muscles droits tendus compriment le globe de l'œil; ils poussent d'arrière en avant le contenu de la coque oculaire, et en ont sortir une partie lorsqu'une ouverture est faite à la cornée. De là quelquefois l'écoulement d'une partie ou de la totalité de l'humeur aqueuse avant que l'excision de la cornée soit achevée; l'iris se porte devant le tranchant du couteau; l'opérateur ne peut achever la section de la cornée qu'avec difficulté, ou en emportant une portion de l'iris. Il n'en est même pas toujours quitte à si bon marché. En effet, si la contraction persiste, il n'est pas rare de voir la sortie du cristallin être suivie d'un flot d'humeur vitrée, et l'iris faire hernie entre les lèvres de la plaie.

Ces accidents sont si bien connus, qu'il est inutile que j'en démontre la fréquence. Ils ne sont pas à craindre dans l'abaissement, ni dans le broiement. Mais dans ces méthodes opératoires, la tension musculaire, d'après l'opinion de M. Juengken, rend l'abaissement plus difficile, favorise la rotation du cristallin autour de l'aiguille, et empêche les mouvements de l'instrument d'être aussi libres qu'ils doivent l'être pour dilacérer et broyer le cristallin.

Si pour ces dernières opérations je me borne à citer l'opinion du pro-

fesseur de Berlin, c'est que jusqu'à présent je ne me suis servi qu'une fois du chloroforme pour pratiquer l'abaissement et le broiement. Ces opérations me paraissaient trop simples pour m'engager à recourir à l'anesthésie. Je ne veux pas nier néanmoins qu'il n'y ait dans l'opinion de M. Juengken quelque chose de plausible; je me propose même de m'en assurer lorsque j'aurai à employer ces méthodes opératoires sur des individus irritables et pusillanimes. Je dirai cependant que, dans le cas unique où j'ai employé ce moyen, le cristallin n'a été abaissé qu'avec difficulté, après s'être roulé plusieurs fois autour de l'aiguille.

Je ne parlerai par expérience que de l'extraction pendant le sommeil chloroformique. Je l'ai pratiquée, dans l'espace de quatre mois, dix fois par kératotomie inférieure, et deux fois par scléroticotomie; ces deux derniers cas concernent des cataractes secondaires.

Pour pratiquer ces opérations, je fais coucher le malade sur un lit en face d'une croisée. Un aide est chargé de l'administration du chloroforme, que je surveille moi-même aussi longtemps que je ne suis pas occupé autrement. Cette chloroformisation est poussée jusqu'à la résolution complète, qu'on reconnaît à l'absence de toute contraction des paupières, lorsqu'on cherche à les écarter. Alors la compresse chargée de chloroforme est enlevée, mais l'aide continue à observer le malade, et à la moindre contraction musculaire il fait aspirer de nouveau l'anesthésique. M. Juengken fait autrement : la résolution étant obtenue, il place la compresse imbibée de chloroforme sur la bouche du malade, afin d'empêcher le retour des contractions pendant l'opération. Cette pratique a des avantages incontestables, puisqu'elle maintient la résolution; mais elle présente aussi de grands dangers.

Un second aide écarte les deux paupières. Avec une pince à dents de souris, je saisis la conjonctive vers la partie interne et supérieure du bord de la cornée, pour tirer l'œil en bas, lorsqu'il est trop porté vers le bord orbitaire supérieur, et pour le fixer. Ce mode de maintenir le globe oculaire ne m'a jamais paru avoir d'inconvénient; je le préfère à celui adopté par d'autres opérateurs, qui font fixer l'œil par un aide, lequel saisit la conjonctive en haut et en dehors, le chirurgien abaissant lui-même la paupière inférieure. En effet, un aide, même peu intelligent ou peu habitué à ces manœuvres, abaissera toujours bien plus facilement la paupière inférieure qu'il ne fixera convenablement le globe de l'œil. Il vaut mieux que le chirurgien se charge lui-même des parties plus difficiles de l'opération.

Le lambeau inférieur de la cornée est taillé comme on le trouve décrit partout. Immédiatement après on incise la capsule; les muscles ne se contractant pas, il est inutile, avant de procéder à ce temps de l'opération, de laisser reposer le malade.

Le cristallin ne sort jamais spontanément; une légère pression sur la partie inférieure du globe, par l'intermédiaire de la paupière inférieure, suffit pour en opérer la sortie. On s'assure que le lambeau de la cornée est bien appliqué, et on ferme l'œil au moyen de bandelettes de taffetas gommé; j'applique par-dessus une couche de ouate et une compresse longuette, afin d'empêcher le malade, à son réveil, de se froisser l'œil par des mouvements inconsidérés, que j'empêche en outre en lui faisant tenir les mains par un aide jusqu'au réveil complet. J'enlève ensuite la compresse et le coton, à moins que le malade ne soit rhumatisant; dans lequel cas je laisse son œil bandé comme il vient d'être dit. Dans le cas contraire, je lui fais faire des fomentations froides sur l'œil opéré.

L'extraction de la cataracte secondaire par la sclérotique ne présente rien de particulier.

En faisant d'après le procédé que je viens de décrire l'extraction de la cataracte, j'ai trouvé à l'emploi du chloroforme des avantages et des inconvénients. Il s'agit donc de les examiner et de voir de quel côté penche la balance.

Sur un individu anesthésié, l'écartement des paupières est facile et peut être fait par l'aide le moins expert, sans que nous soyons obligé de nous servir d'élévatoire ou d'ophthalmostat.

L'œil étant immobile, on plonge le kératotome exactement dans le point de la cornée qu'on a choisi.

Chez aucun de mes opérés, l'humeur aqueuse ne s'est écoulée avant que j'eusse achevé la section de la cornée. Il en est résulté que jamais l'iris ne s'est placé devant le tranchant du couteau, et n'a été blessé.

Le cristallin n'est jamais sorti spontanément; il a fallu exercer une légère pression sur le globe de l'œil pour le dégager. Jamais la sortie du cristallin n'a été suivie de l'écoulement d'une portion du corps vitré, ni du prolapsus de l'iris.

Ces résultats sont évidemment dus à l'absence de contraction des muscles de l'œil. La position du malade sur le dos fait que le corps vitré et l'iris tendent par leur propre poids à rester dans le fond de l'œil. D'ailleurs, l'humeur vitrée, étant renfermée dans les cellules de l'hyaloïde, ne s'écoule jamais à moins que cette membrane ne soit ouverte, ou que la pression que les muscles droits exercent sur le globe ne soit assez forte pour chasser le corps vitré par l'ouverture faite à la coque oculaire.

C'est donc à tort qu'on a reproché à la kératotomie inférieure de donner plus facilement lieu à l'écoulement de l'humeur vitrée que la kératotomie supérieure, attendu, dit-on, que, dans la première, les

lois de la pesanteur doivent déterminer cet écoulement. Que l'ouverture faite à la cornée siége à la partie inférieure ou supérieure, dès qu'il y a une pression *a tergo* assez forte, il faut que l'humeur vitrée s'échappe. Cette pression n'existant pas, le corps vitré n'aura aucune tendance à s'échapper, à moins que l'hyaloïde n'ait été déchirée. Ce fait, que l'expérience et le raisonnement avaient mis pour moi hors de doute, se trouve confirmé par les nouvelles observations recueillies sur des individus chloroformés.

Ces résultats sont également contraires à l'opinion de M. Chassaignac. Ce chirurgien distingué a soutenu en effet que, sur les individus chloroformés, l'œil est maintenu immobile par la tension des muscles droits, et que le chloroforme a sur ces muscles une action opposée à celle qu'il exerce sur tous les autres; il relâche ces derniers et il tend les premiers. Notre honorable confrère déduit de là que l'opération de l'extraction est rendue plus facile.

Cette tension, je ne l'ai vue que sur des individus incomplétement chloroformés. Si elle existait, elle présenterait de grands dangers; il faudrait renoncer à l'emploi du chloroforme dans l'extraction de la cataracte, car on s'exposerait à l'écoulement presque infaillible de l'humeur vitrée, et au prolapsus de l'iris.

Lorsque la chloroformisation est complète, le globe de l'œil est au contraire d'une mobilité telle, que pour faire l'incision de la cornée on est obligé de le fixer soit avec une pince, soit avec les doigts.

Cette absence de contraction facilite singulièrement l'extraction de la cataracte chez les individus dont les yeux sont profondément situés dans l'orbite. Chez eux l'opération toujours difficile est rendue impraticable, dans certains cas, par la tension des muscles, qui enfonce l'œil davantage encore et rétrécit la fente palpébrale. Les inhalations de chloroforme, en relâchant les muscles, empêchent que ceux-ci ne retiennent le globe oculaire avec force dans le fond de l'orbite, et donnent à la fente palpébrale toute son étendue. Ce que l'on gagne en facilité dans l'exécution des manœuvres opératoires est vraiment considérable.

Si, dans l'opération de la cataracte par extraction, les inhalations de chloroforme présentent des avantages réels, on ne peut nier que cette pratique n'entraîne aussi des inconvénients.

Il est fâcheux qu'on soit obligé de pousser les inhalations jusqu'à la résolution de tous les muscles, ceux de l'œil résistant le plus longtemps. Pour obtenir cet effet il faut quelquefois un temps considérable. Si l'on commence l'opération et que la résolution ne soit pas complète, on est arrêté par les contractions de l'orbiculaire et des muscles de l'œil; ou, ce qui est plus grave, les contractions surgissent au milieu de l'opéra-

tion; le chirurgien est obligé de s'arrêter jusqu'à ce qu'une nouvelle dose de chloroforme ait replongé le malade dans la résolution.

M. Juengken, ainsi que je l'ai déjà dit, prévient ce dernier inconvénient en plaçant une compresse imbibée de chloroforme sur la bouche et le nez du malade, pendant tout le temps de l'opération; pratique efficace sans doute, mais que je n'ose imiter à cause de ses dangers.

Il est surtout essentiel de prolonger les inhalations jusqu'à résolution complète, afin que celle-ci ait une durée suffisante pour permettre au médecin d'achever l'opération sans se hâter. Il ne devra pas oublier néanmoins que les contractions peuvent renaître subitement, et l'élève chargé de l'administration du chloroforme ne doit pas perdre de vue le malade, et lui présenter la compresse aussitôt que le moindre symptôme d'excitation ou de contraction se fera sentir.

Un des premiers de mes opérés au moyen du chloroforme se trouvait dans une résolution complète. L'extraction du cristallin s'était faite avec la plus grande facilité. J'entr'ouvris les paupières pour m'assurer de la position convenable du lambeau, lorsque dans le même instant une roideur tétanique se manifesta dans les muscles antérieurs du tronc et du cou, au point de soulever la tête et la poitrine. Cette contraction existait sans doute en même temps dans les muscles de l'œil, et donna lieu à un écoulement instantané et considérable d'humeur vitrée.

Le vomissement, qui est si rare à la suite des opérations par extraction, s'observe plus souvent après l'usage du chloroforme, surtout lorsque les inhalations ont dû être prolongées. C'est un inconvénient grave. Chez un de mes malades qui, à la vérité, avait consommé une quantité considérable de chloroforme avant de tomber dans la résolution, des vomissements se sont manifestés quelques heures après l'opération, et ont produit une hernie incomplète de l'iris. Cette membrane s'est engagée entre les lèvres de la plaie; il en est résulté une cicatrisation lente et une déviation de la pupille.

Le vomissement est rare lorsque les malades sont à jeun, et que la résolution s'obtient vite. M. Juengken prétend que cet accident est bien moins dangereux quand il est produit par le chloroforme, que dans les cas où il survient spontanément. Je ne sais sur quoi le professeur de Berlin base cette assertion; l'effet mécanique doit être le même; dans les deux cas, la procidence de l'iris et l'écoulement de l'humeur vitrée peuvent en être la suite. Seulement, il est vrai de dire que le vomissement dû au chloroforme n'entraîne pas les accidents inflammatoires qu'on observe dans les cas où ces vomissements sont produits par une blessure de l'iris.

L'usage de la glace avant l'inhalation du chloroforme et après le réveil du malade, recommandé par M. Juengken comme préservatif du vomissement, n'est pas un moyen infaillible.

Les opérés avec chloroformisation accusent généralement une douleur modérée dans l'œil à leur réveil et durant les premières heures, ce qu'habituellement ne font pas les opérés non anesthésiés. Cela tient peut-être à ce que ces derniers, ayant éprouvé une douleur plus vive pendant l'opération, ne sentent pas assez la douleur consécutive pour en faire mention.

Un dernier inconvénient de la résolution musculaire a été signalé par M. Juengken. L'œil étant flasque, la cornée non tendue, il arrive facilement que l'opérateur donne trop peu d'étendue à l'incision de la cornée. Il suffit de signaler la possibilité de cet inconvénient pour le faire disparaître.

Telles sont les considérations que l'observation des faits m'a suggérées concernant l'emploi des inhalations de chloroforme dans les opérations pratiquées sur les yeux. Je vais les résumer et en tirer des conséquences dans les propositions suivantes :

1° Dans les opérations qui se pratiquent sur les yeux, les inhalations du chloroforme sont employées soit comme anesthésiques, soit pour produire la résolution musculaire.

2° Comme anesthésiques, elles peuvent s'employer non-seulement dans les opérations très-douloureuses, mais même dans celles dans lesquelles la douleur est peu vive, mais l'anxiété considérable.

3° Les inhalations de chloroforme ne produisent la résolution des muscles de l'œil que postérieurement à celle des muscles des extrémités.

4° Comme résolution de l'action musculaire, ces inhalations sont utiles dans les cas dans lesquels l'anxiété des malades produit des contractions gênantes ou fâcheuses : par exemple, lorsque chez des enfants il est essentiel d'examiner toute l'étendue de la conjonctive et de la cornée, ou d'extraire des corps étrangers; et lorsqu'il s'agit de pratiquer à des individus pusillanimes l'opération du strabisme, de la pupille artificielle, ou l'extraction du cristallin. Dans cette dernière opération, la résolution musculaire est surtout inutile lorsque l'œil est profondément situé dans l'orbite.

5° Dans l'extraction de la cataracte, la résolution musculaire empêche le prolapsus de l'iris et l'écoulement de l'humeur vitrée.

6° Dans cette dernière opération, les inhalations de chloroforme ne sont pas toujours sans inconvénient. Elles doivent être poussées très-loin pour déterminer la résolution des muscles de l'œil, qui souvent s'obtient difficilement. La contraction musculaire peut se produire pen-

dant l'opération. Le vomissement peut être déterminé par le chloroforme.

7° Les inhalations de chloroforme présentent donc des avantages réels dans l'extraction de la cataracte chez des individus pusillanimes et irritables. Elles sont inutiles et peuvent être désavantageuses chez des malades calmes et à système nerveux peu impressionnable.

Rapport de M. H. Larrey à la Société de Chirurgie, sur un ouvrage intitulé : Mémoire sur l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche, par M. W. Sands Cox, de Birmingham. — Commissaires : MM. Lenoir, Richet et Larrey, rapporteur.

La Société de chirurgie a reçu un Mémoire *sur l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche*, de la part de M. le professeur Sands Cox, de Birmingham, pour obtenir le titre de membre correspondant. Une commission composée de MM. Lenoir, Richet et Larrey, a été chargée de rendre compte de cet ouvrage; et c'est le rapport de la commission que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de la Société (1).

Le Mémoire de M. Sands Cox, imprimé à Londres en 1845, forme un fascicule in-folio d'une cinquantaine de pages, imprimé avec luxe, et comprenant quelques planches, dont deux principales, et des tableaux statistiques de l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche.

Un cas de guérison remarquable obtenu par l'habile chirurgien de Birmingham a motivé pour lui la publication de ce travail. Il en offre la dédicace à sir James Thomas Law, chancelier du diocèse de Litchfield, sous les auspices duquel fut construit l'hôpital de la Reine. C'est à dessein que nous mentionnons cette dédicace, comme un de ces dignes témoignages de reconnaissance trop souvent oubliés.

L'analyse exacte du Mémoire nous permettra de suivre l'auteur dans tous les développements qu'il a donnés à son œuvre.

M. Sands Cox commence par l'histoire à peu près complète de l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche, à dater de 1739 jusqu'à 1845. L'expérience des guerres passées démontre que cette grave opération, tout en comptant quelques succès, sinon primitifs, du moins consécutifs, a été assez rarement pratiquée autrefois, excepté dans les hôpitaux. On compte même de hautes autorités chirurgicales qui l'ont proscrite; et d'autres, comme Percy (2), qui n'en ont même point parlé.

---

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 26 décembre 1855.
(2) *Manuel du Chirurgien d'armée*, Paris, 1792.

M. Cox expose successivement l'idée de la désarticulation de la cuisse, conçue par M. Morand, et son application simultanée en 1739 (1) par Volher, chirurgien-major des gardes à cheval du roi de Danemark, et par Puthod, chirurgien suisse; l'examen de leurs Mémoires par Ledran père et Guérin fils, la proposition faite en 1743 par Ravaton (2) d'y recourir dans les cas de plaies d'armes à feu de la partie supérieure de la cuisse, avec fracture comminutive du fémur, mais l'impossibilité à lui de la faire, par l'opposition d'autres chirurgiens, sur un gendarme qui avait eu le fémur fracturé près du trochanter et mourut plusieurs jours après; le choix de cette question proposée de nouveau en 1756, pour premier sujet de prix, et renouvelée en 1759, par l'Académie royale de chirurgie, d'après l'initiative et l'insistance de Morand; l'indication de douze essais insuffisants envoyés pour la première fois à l'illustre compagnie, et la seconde fois de trente-quatre, dont plusieurs offraient un certain mérite, et dont dix-neuf ou vingt étaient favorables à la pratique de l'opération; le double prix adjugé à Barbet (3), qui en démontra le mieux la possibilité, les indications, les avantages et le mode opératoire, subordonné en général aux cas particuliers; les essais de Goursault, Moublet, Lefébure, Puy et Lecomte, annexés au Mémoire du lauréat; et les arguments de celui-ci, fondés sur l'élimination totale d'une cuisse atteinte de sphacèle par ergotisme, chez un jeune garçon d'Orléans, qui survécut pendant quinze jours à cette désarticulation spontanée.

M. Cox indique ensuite une opération faite avec succès par Pérault, de Saint-Maure (4); une autre, sans succès, par Kerr, de Northampton (5); et il rappelle que Pott, ainsi que Callisen, a condamné cette pratique, pendant que Bilguer (6), chirurgien général de l'armée prussienne, la défendait exceptionnellement et avec d'autant plus d'autorité qu'il repoussait davantage les amputations des membres.

M. Cox démontre aussi que, malgré les efforts de quelques chirurgiens éminents, une opinion défavorable à la désarticulation de la cuisse avait généralement prévalu, jusque vers le commencement de ce siècle, alors que plusieurs opérations de ce genre furent entreprises avec succès par des chirurgiens français des armées de la république.

---

(1) *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, 1778.

(2) *Chirurgie d'armée*, 1768.

(3) *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, 1778.

(4) *Médecine opératoire de Sabatier*, t. III, 1811.

(5) *Duncan's Medical Comment.*, t. IV, London, 1779.

(6) *Dissertation sur l'inutilité de l'amputation des membres*, trad. par Tissot; Paris, 1764.

Puis il relate trois faits (1) de A. Blandin, chirurgien distingué des armées républicaines, en 1794 ; un de Perrot, en 1798 ; un autre de Mulder, et un autre encore de Wendelstadt, en 1799.

Notre savant confrère de Birmingham reproduit ensuite textuellement sept observations de Larrey (2), en insistant sur l'intérêt qu'il y rattache. La Société me permettra de réunir et de résumer sommairement les observations de mon père, éparses dans ses ouvrages et peut-être oubliées aujourd'hui.

Première observation, datant de 1793. — Un soldat de l'armée du Rhin avait eu la cuisse mutilée dans son tiers supérieur, avec fracture comminutive du fémur, par un gros projectile. La désarticulation du membre, faite aussitôt à l'ambulance volante, fut suivie d'un calme de quelques heures ; mais la fatigue et les secousses d'un transport forcé au milieu de la nuit et dans la saison rigoureuse de l'hiver provoquèrent des accidents bientôt mortels.

Deuxième observation. — Un officier de l'armée d'Égypte fut apporté de la tranchée du siége de Saint-Jean-d'Acre, avec une blessure énorme de la cuisse droite, résultant d'un éclat de bombe. La dilacération du membre, la fracture comminutive du fémur jusqu'au grand trochanter, et la lésion de l'artère fémorale, ayant provoqué une abondante hémorrhagie, nécessitèrent la désarticulation immédiate du membre. Aucun accident primitif ne survint, mais l'encombrement de l'ambulance où fut placé, à l'insu du chirurgien en chef, un malade atteint de la peste et couché sur la même litière de paille que l'amputé, provoqua tout à coup chez celui-ci de funestes accidents. La gangrène envahit le moignon dans la nuit du sixième au septième jour, et entraîna rapidement la mort.

Troisième observation. — Un jeune tambour avait eu, au dernier assaut de Saint-Jean-d'Acre, la cuisse droite emportée dans sa partie moyenne par un éclat de bombe. Le fracas du fémur s'étendait jusque dans l'articulation, avec désorganisation des chairs. Le blessé avait perdu beaucoup de sang, se plaignait d'atroces douleurs. La désarticulation de la cuisse immédiatement et aussitôt suivie d'un sommeil de quelques heures. Mais la nécessité de faire évacuer cet amputé avec les autres le fit succomber en route.

Quatrième et cinquième observations. — Deux soldats de la garde impériale avaient été blessés l'un et l'autre, à la bataille d'Eylau, par de gros projectiles qui, en fracassant le fémur près de la hanche, avaient

(1) *Médecine opératoire de Velpeau*, t. Ier, 1832.

(2) *Mémoires de chirurgie militaire*, t. II, III et IV; Paris, 1812-1817.

(3) Et *Clinique chirurgicale*, t. III, 1829.

profondément dilacéré les chairs. La gravité de la mutilation, dans les deux cas, était telle que l'amputation semblait d'abord inutile; mais elle était réclamée avec tant d'instance et de douleur par ces pauvres blessés, qu'elle fut enfin pratiquée sept heures après. Le premier amputé tomba bientôt dans un état de lipothymie et mourut trois heures après. Le second lui survécut seulement jusqu'au lendemain.

Sixième observation. — Un soldat russe avait eu, au combat de Witepsk, la cuisse gauche désorganisée par un boulet de canon. Le fémur était brisé en éclats, jusqu'au trochanter, et les parties molles se trouvaient détruites dans les deux tiers de l'épaisseur du membre. L'amputation coxo-fémorale, jugée indispensable, fut pratiquée à l'instant. Aucun accident ne survint jusqu'au vingt-cinquième jour; la suppuration s'était bien établie; les ligatures s'étaient détachées du septième au onzième jour, et déjà la cicatrisation était très-avancée, lorsque les subsistances vinrent à manquer; le malheureux amputé, n'ayant plus qu'une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, fut atteint de dyssenterie et mourut d'épuisement du vingt-neuvième au trentième jour de l'opération, avec un grand nombre d'autres blessés.

Septième observation. — Un sous-officier de dragons avait eu la cuisse gauche mutilée par un boulet à la bataille de la Moskowa. Le projectile avait dilacéré les muscles dans la région trochantérienne, et fracturé le fémur en éclats jusque dans l'articulation coxo-fémorale, mais sans léser l'artère crurale. Le blessé, ayant perdu peu de sang et n'offrant point de symptômes de commotion, se trouvait dans l'état le plus favorable à la désarticulation qui fut faite immédiatement, comme les autres amputations du même genre, par la méthode à lambeau modifiée. Nul accident primitif ou consécutif ne survint, et la cicatrisation était presque complète lorsque l'opéré, ayant dû être évacué à grande distance, parvint à Witepsk, puis à Orcha, où le chirurgien-major de l'hôpital constata sa guérison. Mais on le perdit de vue ensuite, sans qu'aucun renseignement précis ait été donné sur le résultat ultérieur de cette désarticulation. On serait cependant autorisé à la considérer comme un cas de guérison.

Ajoutons à ces faits que, lorsqu'il lut son mémoire à l'Académie des sciences sur l'amputation de la cuisse à son articulation supérieure, Larrey (1) présenta en même temps un soldat de l'armée française blessé à la bataille de Waterloo et amputé à Bruxelles par Guthrie, chirurgien en chef de l'armée anglaise. L'opération, faite le lendemain de la blessure dans des conditions favorables, avait eu un plein suc-

(1) *Procès-verbaux inédits de l'Académie des sciences*, séance du 10 février 1817.

cès; et l'amputé a survécu pendant de longues années à l'hôtel des Invalides.

M. Sands Cox signale, parmi les succès obtenus, deux opérations de Millingen (1), une autre de Brownrigg (2), et il ajoute à ces faits ceux de Guthrie, Astley Cooper, Orthon, Bryce, Delpech, Macfarlane, Rossi, Jœger, Mott, Hysern, Baudens, Mayo, Syme, Sédillot et Alcock, en donnant à l'appui les indications bibliographiques nécessaires.

Mais, par contre, il rapporte les nombreux insuccès de cette opération pratiquée par Ravaton, A. Blandin, Larrey, Guthrie, H. Thomson, Kerr, Badley, Baffos, Cole, S. Cooper, Emery, Blicke, Handyside, Korseniewsko, Roux, Brownringg, Bromfield, Dieffenbak, Brainard, Peliken, Walther, Smith, Dupuytren, Clot-Bey, Gensoul, Krimer, Gouraud, Delpech, Velpeau, Gerdy, Vidal, Kerst, Syme, Liston, Brodie, F. Blandin, Porcienko, de Graëff, Pelletan, Brocke, Brownley, Carmichael et Alkock.

L'ordre chronologique n'est nullement suivi dans cette triste nomenclature, qui semble offrir au hasard les noms d'un si grand nombre de chirurgiens entraînés fatalement à pratiquer la plus redoutable de toutes les amputations. Il faut dire cependant que la bibliographie des observations est faite avec beaucoup de soin et accompagnée d'un aperçu sommaire de chacune d'elles. Cette partie de l'ouvrage, par l'érudition même de l'auteur, aurait déjà un grand mérite, ne fût-ce qu'au point de vue historique du sujet.

M. Sands Cox examine ensuite les causes qui peuvent justifier l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche, à savoir :

1° Les fractures et les luxations compliquées ou d'autres blessures graves de la tête du fémur, de son col ou de sa partie supérieure, avec ouverture de l'articulation, fracas de l'os, dilacération des vaisseaux, des nerfs et des tendons, auxquels cas, selon lui, l'opération doit être pratiquée de préférence immédiatement ou avant les accidents consécutifs;

2° L'arrachement de la cuisse par des machines et tous les désordres de ces grandes mutilations réclament aussi la désarticulation primitive. Dans cette classe peuvent se placer les plaies d'armes à feu au voisinage de l'articulation, l'ablation du membre par un boulet de canon, etc.;

Nous avons vu, dans un précédent rapport sur le Mémoire de M. Legouest (3), que les indications de l'amputation coxo-fémorale,

(1) *Journal de médecine de Vandermonde*, t. II; Paris, 1759.

(2) *Averill's operative Surgey;* London, 1825.

(3) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. V, 1859.

doivent être bien modifiées en ce qui concerne les blessures compliquées de l'extrémité supérieure de la cuisse par armes à feu ;

3° La gangrène de la cuisse par cause interne et externe même avant sa délimitation, s'il s'agit de la gangrène traumatique. Bien peu de chirurgiens sans doute se décideraient, dans des conditions semblables, à désarticuler le membre ;

4° La carie et l'ostéonécrose intéressant la partie supérieure du fémur, mais devant subordonner aussi l'opération à l'âge et à la constitution des sujets ;

5° L'exostose et l'hyperostose avec altération profonde ou ramollissement des parties molles, lorsque toute autre ressource de guérison manque ;

6° Diverses tumeurs qui ne sont pas toujours, suivant M. Cox, de nature maligne, à savoir : l'ostéosarcome, l'ostéostéatome, le spina ventosa, lorsque ces tumeurs ont détruit la texture du membre et altéré assez profondément la constitution pour menacer la vie.

« Dans toutes ces circonstances, dit l'auteur, l'opération n'est pas seulement justifiable, elle soutient l'opérateur dans l'espoir de la guérison; mais en même temps il est nécessaire, avant de se résoudre à ce parti décisif, de réfléchir très-mûrement sur les cas dont il s'agit, en vue de ses résultats ultimes, et de bien considérer l'âge, la complexion et les forces du patient. Nous devons peser attentivement les conséquences contraires à la vanité de dire : J'ai fait cette opération. »

M. Sands Cox, dont nous venons de traduire les sages conseils, reproduit ensuite des remarques anatomiques importantes pour l'opération. Il rappelle d'abord la conformation générale de l'articulation de la hanche, et retrace ses divers moyens de repère; il énumère sommairement les muscles de cette région, décrit les rapports des vaisseaux, eu égard aux accidents d'hémorrhagie et au mode de compression applicable, et il termine par quelques mots sur la disposition des nerfs.

Arrivant à l'opération, M. Sands Cox retrace les trois méthodes d'après lesquelles l'amputation coxo-fémorale a été pratiquée, à savoir : les méthodes à lambeaux circulaire et ovalaire, en rappelant que la ligature préalable de l'artère fémorale, préconisée par plusieurs chirurgiens, n'a pas été admise par d'autres qui ont préféré la compression de l'iliaque externe sur l'os pubis.

Il indique assez sommairement la méthode circulaire, d'après Abernethy, de Graëf, Krimer, Colles et Veitch (1), ainsi que la mé-

(1) *Edinburg medical Journal*, t. III, 1807.

thode ovalaire, selon MM. Cornuau, Scoutetten, Belmas et Malgaigne (1)? Mais il rappelle longuement la méthode à lambeaux, avec ses procédés ou modifications, suivant Larrey, Guthrie, Delpech, Dupuytren, Lalouette, Kerst, Plantade, Ashmead, Lisfranc, Baudens, en rappelant que l'opération peut-être pratiquée à un seul lambeau, ou à deux lambeaux, soit antérieur et postérieur, soit externe et interne.

Il décrit d'abord en particulier l'opération de Larrey, qu'un sentiment de réserve nous empêcherait de reproduire, même sommairement, si on ne l'avait quelquefois mal compris. Nous en résumerons seulement les principaux temps, d'après l'auteur lui-même (2) :

On suppose que la blessure ou la maladie de la cuisse laisse les parties voisines de l'articulation assez intactes pour permettre de tailler méthodiquement les lambeaux. Le blessé doit être couché sur une table étroite garnie d'un matelas, et avoir la tête élevée sur un oreiller. L'opérateur se place au côté interne de la cuisse, et fait préalablement la ligature de l'artère crurale au-dessous du pli de l'aine, en comprenant la veine dans l'anse du fil, serré sur un petit rouleau de sparadrap. Il taille ensuite un lambeau externe et postérieur, puis le lambeau interne et antérieur, proportionnellement à l'intégrité des parties molles; il découvre le côté interne de l'articulation, dont il coupe la capsule, et fait luxer la tête du fémur en dedans; il divise le ligament interarticulaire, les attaches tendineuses des muscles rotateurs de la cuisse, ainsi que des muscles fessiers, pour compléter le second lambeau. Les artères fessière et ischiatique, étant coupées, sont liées immédiatement; on réunit les fils de ces ligatures à l'angle inférieur de la plaie, tandis que la ligature de l'artère et de la veine fémorale est maintenue sur le bas-ventre. Une petite bandelette de linge imbibée d'huile est placée dans la cavité cotyloïde et ressort en bas entre les lèvres de la plaie. Quelques points de suture entrecoupée maintiennent en contact les deux lambeaux soutenus encore par des bandelettes intermédiaires, par un linge fenêtré et cératé recouvrant toute l'étendue de la plaie, par de la charpie, des compresses et un bandage approprié.

Une planche de la clinique chirurgicale retrace l'aspect des deux lambeaux avant et après la désarticulation.

M. Sands Cox expose ensuite le procédé de Lisfranc, puis le procédé de Guthrie et enfin celui de Béclard, à peu près reproduit par Baudens. L'auteur du Mémoire ajoute qu'il a modifié lui-même le mode de faire, en combinant ensemble les procédés de Béclard et de Lisfranc, et qu'il

(1) Costello, *the Cyclopedia of practical Surgery*, p. II, London, 1837.
(2) *Clinique chirurgicale*, t. III, 1829.

en a fait la démonstration dans ses cours de chirurgie, pendant une période de seize ans.

Il rappelle que les grandes objections à l'amputation de la hanche ont été la difficulté de combattre l'hémorrhagie et le choc imprimé au système nerveux par l'opération elle-même. Il considère le compresseur artériel de Signorini, de Padoue, comme ayant surmonté la première difficulté, pendant que la seconde est bien diminuée par la rapidité avec laquelle le membre peut être détaché, à l'aide d'un double lambeau antérieur et postérieur. Il fait remarquer à cette occasion que, s'il est absurde de mesurer le talent et le savoir d'un chirurgien au temps qu'il emploie pour faire une opération, la célérité cependant est très-appréciable dans certaines circonstances comme celle-ci. Notre honorable confrère applique spécialement cette remarque aux méthodes circulaire et ovalaire.

Il décrit après cela le compresseur artériel qui ressemble à un fer à cheval, et consiste en deux plaques ou rondelles fixées aux extrémités des branches d'une sorte de compas d'épaisseur, qui se resserrent ou se relâchent par un simple ressort à vis, en s'appliquant avec assez de justesse sur les vaisseaux pour arrêter complétement la circulation artérielle, sans empêcher le retour du sang par les veines. M. Cox se montre si satisfait de cet instrument qu'il en signale les avantages dans une longue note, dont l'analyse serait une digression inutile. Rentrons avec lui dans le sujet.

La première partie de ce savant Mémoire se complète par la description avec planches du mode opératoire adopté par l'auteur. En voici le résumé sommaire : Le patient est couché de manière que les tubérosités de l'ischion dépassent un peu le bord de la table. Le compresseur est appliqué sur l'artère iliaque externe, à son passage sur le corps du pubis, et la cuisse est partiellement fléchie; l'opérateur, placé en dehors et armé d'un couteau long et étroit à double tranchant, le fait pénétrer profondément, d'une main sûre et hardie, au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et le fait glisser en travers du fémur, parallèlement à lui, et un peu au-dessous du ligament de Poupart, de manière à passer sous les muscles de la région antérieure et interne de la cuisse, au-dessous aussi des vaisseaux fémoraux superficiels et profonds, pour ressortir à un pouce environ au-dessous de la marge de l'anus. Le couteau est alors dirigé sur le trajet de la face antérieure du fémur de trois pouces à trois pouces et demi, en proportion du volume du membre; et il ressort ensuite en bas et en avant à travers les téguments. C'est ainsi que le lambeau antérieur est formé. Il faut tailler immédiatement le lambeau postérieur et comprimer les vaisseaux, c'est-à-dire les artères fémorales superficielles et profondes.

Le membre est alors abaissé et tourné en dehors, la capsule articulaire se présente; elle est ouverte, et le ligament rond est coupé. La tête de l'os est dégagée de la cavité cotyloïde par un léger mouvement de rotation en dehors, et le couteau pénètre dans l'articulation. La face postérienre de la capsule, les muscles extenseurs de la cuisse attachés au grand trochanter, et les petits muscles rotateurs insérés dans la fosse digitale du même point, sont alors divisés par l'instrument qui s'incline en bas, s'arrête à la surface postérieure du fémur, à trois pouces environ ou trois pouces et demi, et achève ensuite la section des téguments en bas et en arrière, complétant ainsi l'opération. Les vaisseaux du lambeau postérieur sont d'abord liés, et ensuite ceux des lambeaux antérieurs. Beaucoup de chirurgiens recommandent que la membrane synoviale et le cartilage de la cavité cotyloïde soient détachés; mais M. Cox pense avec raison que c'est une mauvaise pratique et souvent une cause de suppuration et de maladie de l'os. Le cartilage et la membrane synoviale doivent contracter une inflammation adhésive de la même manière que les autres parties molles, et la sécrétion sera suspendue. On coupe les nerfs aussi haut que possible, car s'ils étaient compris dans la cicatrice de la plaie, ils causeraient la plus vive souffrance, non-seulement pendant la durée du traitement, mais même après la guérison de la plaie. Telles sont les quelques remarques ajoutées par M. S. Cox à la description de son procédé, que nous avons cru devoir reproduire à peu près littéralement.

Les avantages qu'il lui attribue sont d'abord une grande sécurité contre l'hémorrhagie, ensuite la rapidité avec laquelle l'opération est pratiquée, enfin la manière parfaite avec laquelle les lambeaux peuvent être taillés, pour se mettre dans le rapport le plus favorable à la réunion, si bien qu'ils sont susceptibles de s'appliquer l'un à l'autre aussi exactement que s'ils étaient en contact pour leur propre poids.

M. Sands Cox expose ensuite avec beaucoup de détails un cas d'amputation coxo-fémorale qui lui appartient, et dans lequel il a eu recours avec succès au procédé dont nous avons reproduit l'exacte description. Une simple analyse de ce fait suffira pour en faire apprécier l'intérêt.

Une jeune femme âgée de vingt-trois ans, Elisabeth P..., couturière, est admise à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, le 20 juillet 1842, et placée dans les salles de M. S. Cox. Elle a subi l'amputation de la cuisse gauche immédiatement au-dessus du genou, quatorze ans auparavant, pour les conséquences d'une maladie de l'articulation fémoro-tibiale; c'était à l'hôpital général, où elle est restée environ deux mois, sans qu'à sa sortie son moignon fût entièrement cicatrisé. Les téguments autour de la cicatrice se sont ulcérés un mois après, et il s'est formé à la face postérieure du moignon une substance extrêmement

douloureuse; les téguments, six ans après l'opération, se sont indurés, épaissis, en même temps que la malade éprouvait la sensation d'épingles, d'aiguilles plongées dans le moignon; des excroissances fongueuses se sont développées plus tard à sa surface, et les douleurs sont devenues de plus en plus vives. Un traitement chirurgical dut être repris huit ans après l'opération, et jusqu'au mois de novembre 1842; puis jusqu'à une nouvelle admission de la malade à l'hôpital en juillet 1844, tous les moyens locaux ont été employés sans résultat durable.

Le moignon à cette époque offre l'état suivant: décoloration blanchâtre de la peau et consistance cartilagineuse de ce tissu dans l'étendue de trois ou quatre pouces; aspect en quelque sorte vitreux de la cicatrice; excroissances fongueuses, d'une teinte livide, proéminant sur différents points de la surface; avec exhalation de sang et de liquide sanieux au moindre contact; intégrité des téguments au-dessus du moignon; point de veines variqueuses, point de ganglions engorgés.

La malade, dans de bonnes conditions physiques et morales, a même de la disposition à l'embonpoint. Tout traitement local est devenu inutile. M. Cox songe enfin à l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, il consulte à cet égard ses confrères, qui sont tous d'accord avec lui sur l'opportunité de l'opération. Elle est pratiquée enfin le 1er novembre 1845, par la méthode à double lambeau antérieur et postérieur, telle qu'elle a été décrite par notre habile confrère de Birmingham, et avec l'assistance des professeurs et des chirurgiens du Collége royal.

Suit la description détaillée de l'amputation, du pansement et des soins secondaires, puis le compte rendu, jour par jour, de l'état de la jeune opérée, qui avait montré un courage plein de confiance et de résignation.

Un mois après, quoiqu'elle ait beaucoup souffert et éprouvé divers accidents, elle se trouve enfin dans un état fort satisfaisant; la cicatrisation avance de plus en plus, et, vers la fin du deuxième mois, elle est complète. La guérison, assurée en définitive, se consolide progressivement; la cicatrice linéaire suit le contour du moignon de la hanche, comme l'indique la planche du frontispice de l'ouvrage; et aujourd'hui enfin, dix ans révolus après l'opération, Élisabeth P... jouit d'une excellente santé.

M. Cox ajoute à cette longue mais intéressante observation quelques remarques pour démontrer d'abord la nécessité de l'opération, d'après la nature spécifique de la maladie, son développement progressif et l'état de souffrance extrême de la patiente. Il rappelle ensuite que l'amputation coxo-fémorale était justifiée par le siége et l'étendue du mal, sans complication d'état variqueux de la cuisse ni d'engorge-

ment des ganglions de l'aine, sans trouble enfin des fonctions ni des sécrétions naturelles. L'aspect du moignon a d'ailleurs confirmé le diagnostic et l'opération.

Voici maintenant le résumé des caractères anatomiques de la maladie. Jusqu'à une certaine distance du genou, toute l'épaisseur des téguments est indurée, d'une consistance cartilagineuse et d'une blancheur nacrée. Examinée au microscope, sa structure est cellulo-vasculaire, parsemée d'une myriade de petits globules et de corps fusiformes, tels qu'ils ont été observés par Muller dans diverses tumeurs. Les tissus cellulaire et adipeux très-abondants, très-denses, sont entrecoupés de bandes fibreuses. Les muscles, avec une apparence granuleuse, sont ramollis, entremêlés aussi de bandes fibreuses, et atteints de dégénérescence graisseuse. Les artères fémorales superficielle et profonde ne sont pas dilatées, et les branches musculaire et perforante injectées se terminent à un réseau qui se distribue dans les téguments et dans les excroissances fongueuses. Les nerfs aboutissent à des renflements bulbeux; celui du grand sciatique est ausssi gros qu'une noix, grisâtre, dur et vasculaire; des bandes fibreuses émanent et se perdent dans le tissu adipeux.

Pour ce qui est du tissu osseux, l'articulation ilio-fémorale est tout à fait saine, mais une matière ossifique, acérée, aiguë, se trouve déposée à la surface inférieure du fémur. La planche anatomo-pathologique du Mémoire donne une idée claire de cette description.

Quant à l'opération en elle-même, M. Cox fait observer que, s'il eût essayé de la faire en sciant le col du fémur, il aurait manqué d'une suffisante étendue de téguments intacts sur les parties latérales et en arrière. Il se vit même obligé de comprendre dans le lambeau postérieur une excroissance fongueuse, qui fut complétement détruite après par le caustique. Il rappelle à ce sujet, d'après un fait antérieur d'Astley Cooper (1), les pénibles angoisses du chirurgien, prolongeant l'amputation de la cuisse dans le col du fémur; amputation d'où résulte plus d'épuisement et de danger que par la désarticulation.

Pour ce qui regarde l'appareil, les lambeaux ont été simplement mis en contact par des bandelettes adhésives, soutenues elles-mêmes à l'aide d'un bandage assujetti autour des reins, et modérément compressif, afin de prévenir le spasme musculaire et l'hémorrhagie consécutive. Un point de suture appliqué à l'angle externe de la plaie avait pour but de maintenir les lèvres en lambeaux en place et de prévenir l'accès de l'air dans la cavité cotyloïde.

Un mot enfin du traitement médical. L'opium, si préconisé par

(1) Lettre d'Astley Cooper à l'auteur, p. 10 du Mémoire, 30 juin 1831.

quelques chirurgiens anglais, a été administré avec ménagement. Notre habile confrère doute fort de ses propriétés dans les circonstances ordinaires après les opérations. Ce médicament peut diminuer passagèrement la souffrance et l'irritation, mais la dépression produite par son emploi fait plus que contre-balancer ses bons effets, il ralentit en même temps les sécrétions viscérales du chyle.

M. S. Cox ajoute à cela que les règles hygiéniques d'habitation, de température, d'alimentation, ont été soigneusement observées. Il pense que la suppuration, fréquemment entretenue dans le moignon, résulte souvent aussi de l'administration peu judicieuse des stimulants, d'après l'idée fausse de donner du ton à l'économie et d'en faire supporter les chances au malade.

« Pour conclure, dit M. Cox, j'ai tâché d'enregistrer avec soin les circonstances de cette observation ; et si ce Mémoire peut servir à la considération sérieuse du sujet et à l'adoption de l'opération, dans les cas de nécessité, j'en suis bien amplement récompensé. »

C'est aussi à votre commission, Messieurs, de vous dire que si son rapport peut vous faire apprécier complétement un travail trop peu connu en France, le rapporteur ne regrettera pas la peine de vous avoir offert la longue analyse et parfois la traduction littérale du savant Mémoire de notre confrère de Birmingham.

N'oublions pas que l'auteur a joint à ce travail deux tableaux statistiques dont l'importance ressort à première vue : c'est d'abord le tableau des opérations suivies de succès depuis 1774 jusqu'en 1841, et comprenant vingt-six cas avérés. C'est ensuite le tableau bien triste des insuccès depuis 1748 jusqu'en 1843, et s'élevant, dans cette période d'un siècle, à cinquante-huit faits publiés. Où parviendrait ce nombre s'il comprenait tous les faits malheureux passés sous silence?

Ces deux tableaux représentent successivement et par colonnes la date, le nom de l'opérateur, le sexe et l'âge des sujets, la cause de l'amputation, la méthode opératoire, le résultat et la source de l'observation. Un tableau supplémentaire indique les résultats généraux dans la classe civile et dans la classe militaire, chez les principales nations.

Ces relevés statistiques, les plus complets dont nous ayons eu connaissance (avant ceux de M. Chenu) (1), laissent regretter, en raison même de leur utilité, que l'auteur n'ait pas recherché un point essentiel, dans tous les faits signalés par lui, pour en former une colonne de plus

(1) *Recherches statistiques sur les amputations de la campagne de Crimée* (travail encore inédit).

dans ses tableaux. Nous voulons parler de l'époque à laquelle la désarticulation de la cuisse a été pratiquée, afin de différencier les résultats des amputations primitives de ceux des amputations consécutives, dans les cas surtout de blessures compliquées par armes à feu.

Mais cette lacune a été remplie par notre nouveau collègue M. Legouest, dans son *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée.* Ce travail, dont le rapporteur de celui-ci vous a également rendu compte (1), a eu le mérite de compléter, en partie du moins, les importantes recherches de M. Sands Cox. Si on y joignait l'analyse des faits antérieurs à ceux qu'ils ont cités eux-mêmes, celle des cas signalés depuis, et notamment des huit observations de l'un de nos honorables correspondants étrangers, M. Heifelder père, appréciées par M. Chassaignac (2) dans un rapport à la Société, on aurait rassemblé tous les matériaux d'une monographie complète de l'amputation coxo-fémorale.

Votre commission, Messieurs, a-t-elle besoin maintenant d'appeler votre attention sur les autres travaux de M. Sands Cox, qui a publié divers Mémoires d'anatomie, de physiologie, de médecine et de chirurgie? Faut-il aussi vous dire qu'il occupe une des hautes positions chirurgicales de la Grande-Bretagne? Car il est membre de la Société royale de Londres, du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre, doyen de la Faculté de Birmingham, professeur de chirurgie et premier chirurgien de l'hôpital de la Reine, dans la même ville, et magistrat du comté de Warwiek? Tous ces titres sans doute vous paraîtront inutiles pour rendre hommage vous-mêmes au mérite de l'éminent praticien anglais.

En conséquence, Messieurs, et comme seule conclusion de ce rapport, votre commission a l'honneur de vous proposer de nommer M. le professeur William Sands Cox, de Birmingham, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les membres de la Commission,
LENOIR, RICHET et LARREY, rapporteur.

La conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée.

Anévrysme traumatique de l'artère radiale. — Compression digitale exercée au-dessus et au-dessous de la tumeur. — Guérison; par M. Denucé.

Jean Laville, maçon, âgé de trente-trois ans, est entré le 4 novembre 1858 dans mon service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. V, 1860.
(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 22 novembre 1854.

(salle 11, n° 2), pour y être traité d'une tumeur anévrysmale qui s'est développée fort rapidement et dans les circonstances suivantes : *Le 17 septembre* dernier, ce malade revenant du travail, ses outils de maçon sur l'épaule, rencontre un obstacle et tombe le corps en avant. Instinctivement il étend les bras, et l'un de ses outils, fort lourd et tranchant, emporté par la force de projection, vient frapper la face antérieure de l'avant-bras gauche, au niveau du pouls radial. Il en résulte une plaie qui s'accompagne d'hémorrhagie et détermine une syncope de trois heures de durée environ. Quand le malade revient à lui, il se trouve tout ensanglanté et constate qu'il existe une plaie longue de deux centimètres, et dont la direction est un peu oblique par rapport à l'artère radiale. Un médecin est appelé, il tente la réunion à l'aide de bandelettes de diacbylon. Quatre jours après, le 21 septembre, le malade enlève l'appareil. Au premier mouvement qu'il veut faire, le sang s'échappe de nouveau de la plaie par jets saccadés. Un second appareil est appliqué ; on y joint cette fois une petite attelle longitudinale, maintenue par des circulaires de bande, et destinée à exercer une compression continue sur l'artère. Le tout reste en place trois semaines environ, c'est-à-dire jusqu'au 18 octobre. A la deuxième levée de l'appareil, il ne reste qu'une cicatrice très-nette ; seulement, à son niveau, la peau semble un peu soulevée. Dès lors, l'affection suit une marche très-rapide ; la peau se soulève de plus en plus et forme bientôt une tumeur dans laquelle des battements se montrent parfaitement distincts.

Le 4 novembre, lorsque j'ai pu examiner le malade, six semaines environ après l'accident, voici les phénomènes que j'ai constatés : A la partie inférieure de la face antérieure du radius gauche, il s'est développé une tumeur oblongue dont le grand diamètre qui est dans le sens de l'artère a quarante-trois centimètres, le petit diamètre ou diamètre transversal, trente-deux centimètres, et la projection en avant de la face antérieure de l'avant-bras, deux centimètres. Elle n'est pas absolument régulière. La peau, très amincie à sa partie supérieure qui correspond à la cicatrice, forme une sorte de lobule plus saillant, et présente une légère coloration bleuâtre. La tumeur est manifestement pulsatile. Les battements sont reconnus facilement sur toute son étendue. Le mouvement d'expansion y est rendu évident par l'application de l'index sur un point de sa surface, et surtout par celle des deux index sur deux points diamétralement opposés. A la pression, la tumeur est rénitente ; à l'auscultation, on entend un bruit de souffle simple. Quand on comprime l'artère humérale, les battements et le bruit de souffle cessent immédiatement et complétement. Si la compression est portée sur la radiale, un peu au-dessus de la tumeur, les battements

20.

sont très-affaiblis, mais le doigt est encore soulevé, quoique très-légèrement, d'une manière isochrone aux battements du cœur; et pour les éteindre complétement, il faut en même temps comprimer la radiale au-dessous de la tumeur.

La nature anévrismale de celle-ci ne saurait, avec cet ensemble de symptômes, être mise en doute. Le 6 novembre, j'institue le traitement par la compression digitale. Au lieu de faire porter la compression sur l'artère humérale, il me paraît plus simple de comprimer l'artère radiale au-dessus et au-dessous de la tumeur. Outre que ce procédé est d'une application plus facile, il permet d'éteindre plus rapidement et plus complétement les battements dans la tumeur. Les élèves qui suivent la clinique veulent bien pratiquer la compression et se relayer de demi-heure en demi-heure, de manière à la rendre continue pendant plusieurs heures de suite. Le malade est installé dans un bon fauteuil, le bras étendu sur une table préalablement recouverte d'un coussin. L'aide, assis à côté de la table, applique les quatre doigts de la main droite sur la partie de l'artère radiale qui est au-dessus de la tumeur, les quatre doigts de la main gauche sur celle qui est au-dessous; les pouces prennent leur point d'appui sur la face dorsale de l'avant-bras. La compression est commencée à dix heures précises du matin.

A quatre heures du soir, c'est-à-dire six heures après, on interrompt un instant la compression pour examiner la tumeur. Celle-ci semble un peu moins fluctuante, un peu plus dure et plus inégale, comme si elle était en partie solidifiée. Les battements artériels y sont encore distincts, mais moins forts et moins étendus. A partir de ce moment, on constate, chaque fois que les aides se relèvent, que les battements vont en s'affaiblissant. *Vers neuf heures ils cessent complétement.* La compression avait été pratiquée pendant onze heures sans interruption. On la continue néanmoins jusqu'à *minuit*. On remplace la compression digitale par une légère compression mécanique. Un bouchon coupé longitudinalement en deux et enveloppé d'une compresse est appliqué sur la partie supérieure de l'artère, une compresse graduée sur la partie inférieure; le tout est fixé à l'aide d'une bande modérément serrée. Le malade est reporté dans son lit. Il y reste jusqu'à six heures du matin. Le bandage est alors enlevé. La tumeur est dure dans sa partie inférieure; supérieurement, dans le point où la peau est amincie, elle conserve une certaine mollesse et une apparence de fluctuation. Il n'existe du reste aucune espèce de battement. Néanmoins, et par prudence, la compression digitale est rétablie depuis six heures du matin jusqu'à quatre heures du soir. Cette seconde séance n'amène aucun changement notable dans la tumeur; la main et le poignet se trouvent seulement œdématisés; il reste toujours une partie fluctuante

dans la tumeur. Le bandage appliqué la veille est appliqué de nouveau. Il est important de remarquer que, pendant ces deux séances de compression, qui ont duré la première quatorze heures, et la seconde dix heures sans interruption, le malade n'a donné aucun signe de douleur.

Le 8 novembre, le malade a un peu souffert la nuit de la pression exercée par le bandage; la main est un peu gonflée; point de battements dans la tumeur. Celle-ci paraît un peu affaissée, et flétrie au niveau de l'affaissement de la peau; dans la partie inférieure, elle paraît un peu plus dure. Application d'un gantelet sur les doigts. L'appareil compresseur est maintenu.

Le 9 et le 10, on ne constate d'autre changement que le dégonflement de la main, et une légère diminution dans le volume de la tumeur.

Le 11, le point où la peau était amincie semble un peu plus bleuâtre, mais moins tendu, plus ridé, plus flétri. Le 12, il se forme à ce niveau une espèce de croûte épidermique qui devient les jours suivants un peu plus considérable, et semble renforcer en ce point la consistance de la peau.

Le 15, le volume de la tumeur a sensiblement diminué. La teinte bleuâtre de la peau a disparu. Une portion de la tumeur reste cependant liquide. Il n'a reparu aucune sorte de battement.

Le 21, la diminution est plus sensible encore; la fluctuation persiste; elle est superficielle; on reconnaît plus profondément des inégalités qui semblent dues à l'organisation du caillot, comme si le contenu de la tumeur s'était partagé en deux portions: une couche solide profonde, une couche liquide superficielle. La compression, maintenue jusqu'à ce jour à l'aide du bandage au-dessus et au-dessous de la tumeur, est suspendue et remplacée par une compression directe sur la tumeur. Une lamelle de carton doublée d'une compresse est appliquée sur la tumeur et fixée au moyen de quelques circulaires de bande. A partir de ce moment, la tumeur va toujours en diminuant de volume; la portion liquide semble se résorber graduellement. Le 8 décembre, il subsiste à peine un peu de saillie au niveau du pouls radial; les battements artériels sont sensibles au-dessus de cette espèce de saillie, nuls à son niveau, à peine perceptibles au-dessous. Le malade sort de l'hôpital le 12 décembre. Je lui recommande de porter pendant quelque temps un bracelet de cuir qui maintienne une légère compression. J'ai revu ce malade dans les derniers jours de décembre; il n'y avait plus de traces de fluctuation; il n'y avait ni battement ni pulsations, ni même de saillie au niveau de l'ancienne tumeur; un toucher attentif permettait seul de reconnaître une traînée dure et inégale sur le trajet de l'artère radiale. La guérison était complète.

Observation de luxation du coude incomplète en dedans, par M. Denucé.

Lorsque j'écrivais, en 1854, mon Mémoire sur les luxations du coude (thèse couronnée par la Société de chirurgie), je n'avais trouvé dans la science que trois observations authentiques de luxation en dedans (p. 154), et toutes les trois sous la forme de luxation *incomplète*.

M. Morel-Lavallée a montré à la Société de chirurgie (séance du 19 août 1857) un nouveau cas de ce genre. Qu'il me soit permis de profiter de l'attention éveillée sur cet ordre de faits par son observation, pour en présenter un dernier exemple.

Le 12 avril 1856, M. le docteur Azam, médecin adjoint de l'Asile des aliénés, à Bordeaux, me pria de venir examiner avec lui une vieille femme de l'Asile, qui s'était démis le coude.

Cette femme, âgée de soixante-dix-huit à quatre-vingts ans, en proie à un délire violent, avait été soumise à la camisole de force. L'accident est survenu on ne sait par quel mécanisme, à la suite des efforts qu'elle faisait en se débattant, et pendant qu'elle était seule. On l'a trouvée en effet le bras pendant au côté du corps; l'avant-bras à demi fléchi sur le bras, avec un peu de gonflement et beaucoup de douleur dans la région du coude.

L'accident était arrivé depuis trois jours lorsque nous examinâmes ensemble la malade. Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvée :

1° *Attitude.* — Le membre est dans la demi-flexion et en demi-pronation; sa direction semble un peu changée par l'effacement de l'angle saillant en dedans que forme naturellement l'épitrochlée.

2° *Déformation.* — Nous notons une saillie marquée au niveau de l'épicondyle et une forte dépression au-dessous; la saillie de l'épitrochlée a disparu. Elle est remplacée par une saillie située un peu plus haut, qui est manifestement la portion olécranienne du cubitus, avec lequel elle se continue sans interruption. En arrière on constate que l'olécrâne a son sommet déjeté en dedans; le tendon du triceps forme une corde oblique dans ce sens. On ne trouve aucune saillie notable dans le pli du coude. Les trois saillies musculaires qui s'y rencontrent offrent quelques modifications : l'externe est effacée; l'interne est plus saillante; la supérieure et moyenne, formée par le biceps et le brachial, est un peu déviée en dedans.

3° *Position respective des os.* — En cherchant à travers les parties molles à reconnaître la position des extrémités articulaires, on trouve d'abord l'épicondyle qui fait en dehors une forte saillie; au-dessous la tête du condyle, libre et facile à circonscrire. L'épitrochlée est au contraire effacée. Toutefois, en appuyant fortement le doigt au point où

elle doit exister, on se convainc qu'elle est à sa place, mais profondément située, comme encadrée et débordée en haut, en arrière et en bas par la cavité sygmoïde du cubitus. Le bord interne de cette cavité est sensible sous le doigt, ainsi que le bec olécrânien et le bec coronoïdien, qui le terminent en haut et en bas.

En arrière, on constate que l'olécrâne est situé en dedans de sa position normale, que c'est bien lui qui forme la saillie qui est au-dessus de l'épitrochlée; la tête du radius, dont on met la position en évidence en déterminant les mouvements de pronation et de supination, est en dedans du condyle, au niveau de la trochlée, et passant assez facilement par les impulsions qu'on lui donne, en avant ou en arrière de celle-ci.

4° *Mensuration.* — N'ayant pas de mesure à notre disposition, nous avons néanmoins constaté à l'aide d'un cordon :

1° Que la distance de l'acromion à l'olécrâne et celle de l'apophyse styloïde radiale à l'épicondyle sont un peu moindres que du côté sain. Il y a donc un léger raccourcissement du membre.

2° Que le diamètre transversal du coude et la distance de l'épicondyle à l'olécrâne sont plus grands que du côté opposé. Ce qui indique bien le déplacement latéral de l'avant-bras vers le côté interne.

Après cet examen détaillé, il ne pouvait rester aucun doute sur la nature du déplacement. C'était bien un cas de *luxation incomplète en dedans*, la seule jusqu'ici qui ait été constatée.

La réduction a été obtenue avec facilité. Pendant qu'un aide tenait le bras solidement fixé, de manière à faire la contre-extension, M. Azam, qni s'était chargé de la traction sur l'avant-bras, le ramena préalablement dans la supination, puis dans l'extension sur le bras. Chargé de pratiquer la coaptation, aux premiers efforts de traction, j'eus soin de ramener le bras en avant et de repousser l'avant-bras en arrière, de manière à dégager l'épitrochlée de la cavité sygmoïde; puis, dans un deuxième temps, je portai le bras en dedans, l'avant-bras en dehors. Un craquement se fit entendre ; les os étaient ramenés dans leur position normale, ainsi que le témoignaient la disparition de la déformation et le retour des mouvements normaux de l'articulation.

De la luxation sciatique du fémur, par le docteur CHAPPELAIN (de Marseille), professeur suppléant de l'École préparatoire de médecine, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu.

Tous les chirurgiens qui ont étudié les luxations du fémur sur le bassin ont admis une première division qui devient le point de départ des variétés; divisant la cavité cotyloïde par une ligne verticale, ils ont établi des luxations en avant et en arrière comme déplacements

normaux, les luxations qui se font directement en haut ou directement en bas se présentant dans des proportions infiniment restreintes, et pouvant être considérées comme des faits extraordinaires. Les opinions n'ont plus été aussi uniformes quand il a fallu chercher les variétés de ces deux grandes divisions. Sans rechercher l'opinion des anciens, si nous nous en tenons à l'époque moderne postérieure à Boyer, nous voyons Janson, Gerdy, MM. Sédillot et Laugier, établir trois variétés dans la luxation de la cuisse en arrière, variétés sur la dénomination desquelles il peut y avoir quelques divergences, mais qui au fond sont absolument identiques. A. Cooper n'avait point reconnu l'existence de la luxation ischiatique, mais il avait par des faits démontré l'existence de la luxation sciatique. Comme l'illustre chirurgien anglais, les auteurs les plus modernes, ceux qui par leurs derniers écrits ont la plus grande autorité, n'admettent plus que deux variétés de luxations dans la région postérieure de la cavité cotyloïde; mais ces deux variétés ne sont point celles qui ont été décrites par A. Cooper. Conservant la variété ischiatique, ils confondent sous le nom de luxation iliaque (Malgaigne) ou de luxation ilio-ischiatique (Nélaton), les deux variétés iliaque et sciatique qui ont été décrites comme deux variétés distinctes par A. Cooper, et qui ont été admises par les auteurs que déjà nous avons cités.

M. Nélaton établit ainsi les motifs qui l'engagent à fusionner ces deux variétés de déplacements :

« Dans la luxation ilio-ischiatique, la tête du fémur est placée à la partie inférieure de la fosse iliaque, de manière à recouvrir en partie les rugosités qui donnent insertion à la capsule. Elle appuie par sa partie antérieure sur le sourcil cotyloïdien; le grand trochanter se trouve donc incliné en avant. La partie de la tête qui correspond à l'insertion du ligament rond est dirigée en arrière; le fémur a donc éprouvé un mouvement de rotation en dedans; la tête est recouverte par le petit fessier : tels sont les rapports que l'on constate le plus ordinairement. D'autres fois, la tête du fémur est placée un peu plus bas; elle correspond à la partie la plus élevée de l'échancrure sciatique, le fémur conservant d'ailleurs la même direction que dans le cas précédent. C'est à cette variété que Boyer avait donné le nom de luxation en arrière et en bas; mais comme dans cette variété la tête, suivant Boyer, est venue se placer au-devant de la partie supérieure de l'échancrure sacro-sciatique, sans jamais descendre jusqu'à l'éminence qui résulte de la soudure de l'ilion et de l'ischium, et encore moins au-dessous de cette éminence, il est facile de voir que cette luxation ne diffère de la luxation en haut et en dehors que par une différence de hauteur qui dépasse à peine un centimètre, *les autres conditions ana-*

tomiques restant d'ailleurs les mêmes. Aussi, Boyer dit-il positivement que cette luxation, qu'il considère comme toujours consécutive, est moins une espèce particulière qu'une variété de la luxation en haut et en dehors. »

M. Malgaigne, réunissant sous le nom d'iliaque les deux variétés supérieures de luxations du fémur en arrière, recherche le point précis où siége la tête fémorale dans les deux variétés qu'il confond : « Dans tous les cas, la tête luxée répondait en totalité ou du moins en grande partie à l'échancrure sciatique, et n'occupait ni la fosse iliaque externe, comme le dit Boyer, ni le dos de l'ilium, comme le croit A. Cooper. » Étudiant ensuite à ce point de vue onze pièces pathologiques du musée Dupuytren, qui paraissent se rapporter à des luxations traumatiques, le savant professeur constate que, dans tous ces cas, la tête fémorale répond encore en majeure partie à l'échancrure sciatique, et que la limite de haut en bas dans ces déplacements du fémur est peu considérable, qu'elle l'est davantage si l'on considère ces déplacements d'avant en arrière.

Nous avons cité un long paragraphe de l'ouvrage de M. Nélaton, parce que, bien que nous ne croyions point devoir admettre sa conclusion, elle exprime cependant l'état réel des rapports osseux dans les deux variétés iliaque et sciatique. La tête fémorale est toujours en rapport plus ou moins grand avec l'échancrure sciatique; les différences quant à l'élévation ou l'abaissement sont parfaitement indiquées par nos deux auteurs, et nous sommes surpris d'une seule chose, c'est que M. Malgaigne, démontrant la non-existence de la luxation iliaque et la présence constante de la tête fémorale dans l'échancrure sacro-sciatique, ont cru devoir conserver le nom d'iliaque à cette variété qui n'avait reçu ce nom de A. Cooper que par une fausse appréciation du point où reposait la tête du fémur. Conserver ainsi le nom alors qu'on nie la chose, n'est-ce point jeter un élément de confusion dans la science?

Si nous ne devions considérer que les rapports des os déplacés entre eux, il ne faudrait point balancer à admettre l'unité, surtout en présence de l'assertion de M. Nélaton qui nous dit « que les autres conditions anatomiques restent d'ailleurs les mêmes. » Mais c'est là une opinion que nous allons combattre et que nous regrettons de voir inscrite dans l'ouvrage de pathologie le plus justement répandu parmi les élèves. Nous opposerons tout d'abord M. Malgaigne à M. Nélaton : « Un point important, dit-il, c'est la différence des rapports musculaires. » Puis indiquant plusieurs faits, il termine ainsi son paragraphe : « On comprend combien, avec des dispositions si diverses, varient aussi les obstacles à la réduction. » N'est-ce point là une opinion dia-

métralement opposée à celle de M. Nélaton? Et nous sommes bien loin de voir des altérations pathologiques semblables, là où elles semblent au contraire se soustraire par leurs différences à une bonne classification!

Quels sont ces nouveaux rapports des muscles et du fémur, qu'à si bon droit M. Malgaigne appelle très-importants?

Billard (d'Angers), donnant les détails d'une première autopsie de la luxation qui nous occupe, les écrit ainsi : « La tête du fémur située au-devant de l'échancrure sciatique, appliquée au côté externe de l'épine sciatique, et par conséquent en arrière et en dehors de la cavité cotyloïde; la tête du fémur, en se déplaçant en ce sens, a passé au-dessous des tendons réunis des muscles pyramidal et obturateur interne qui croisent obliquement le col en passant au-dessus de lui. »

« Dans la luxation de ma planche 26, dit M. Malgaigne, la tête luxée traversant la capsule en bas avait passé au dessous do l'obturateur interne pour remonter en arrière de ce muscle. »

Le fait de M. Parmentier présente une particularité sur les deux autopsies précédentes; l'obturateur et le pyramidal forment une boutonnière autour du col du fémur; dans ce cas encore les mouvements, la position de la tête fémorale sont limités par des conditions particulières que nous ne trouvons pas dans la luxation illaque. Nous dirons alors avec M. Malgaigne que ces rapports musculaires ont une importance bien plus grande que les rapports osseux. Car si dans les deux variétés les rapports osseux varient à peine, quelques lignes plus haut ou plus bas différeraient à peine de la variété à laquelle on a affaire. Il n'en est pas de même pour les rapports musculaires, qui deviennent le fait pathologique le plus important.

En considérant les altérations pathologiques au point de vue que nous venons d'indiquer, nous n'adopterons point la variété sciatique telle que A. Cooper nous l'a donnée. Le cas de Todd n'est point un exemple de luxation sciatique. Quant à l'autre autopsie du chirurgien anglais, elle manque des détails les plus importants; rien n'est dit sur l'état des muscles, si ce n'est du pyramidal. Nous serions presque tenté de voir le tendon de l'obturateur interne dans ce nouveau ligament capsulaire qui n'adhère point au cartilage articulaire de la tête osseuse qu'il entoure, mais qui, étant ouvert, pourrait être renversé sur le col du fémur, de manière à en laisser la tête complétement à découvert. C'est là peut-être une interprétation forcée qui pourrait paraître donnée pour les besoins de la cause; mais notre interprétation nous paraît moins audacieuse en présence de la légèreté avec laquelle nous voyons cette autopsie faite; car, outre la négligence que met l'auteur à nous donner les rapports musculaires, nous comprenons encore difficilement le mode d'après lequel s'est rompu le ligament capsulaire. Ce

ligament est rompu en avant et en arrière, tandis que son adhésion à la cavité cotyloïde persiste en haut et en bas.

Les autopsies nous montrent donc qu'il est une condition d'anatomie pathologique spéciale qui fixe la position de la tête fémorale dans la luxation sciatique. Cette fixité de la tête par les rapports qu'elle contracte avec les muscles de la région pelvi-trochantérienne, et plus particulièrement avec l'obturateur interne, tel est le caractère anatomique qui doit faire conserver la variété sciatique. Ce caractère démontré par l'autopsie, nous le retrouverons daus d'autres faits; nous en citerons un exemple non douteux qui a appelé notre attention sur cette question, et est devenu le point de départ de nos études. Là où l'obturateur interne ne limite point le déplacement de la tête du fémur dans les cas où ces muscles sont rompus, dans ceux où la tête se trouve placée au-dessus d'eux, d'autres rapports se forment; ces rapports influent sur les symptômes, sur les procédés de réduction. Dès lors, anatomie pathologique différente, symptômes différents; différence dans le traitement. Que faut-il de plus pour légitimer l'existence de la luxation qui nous occupe, qui n'a été effacée d'ailleurs que parce qu'on ne lui trouvait pas de caractères propres?

Quel est le mécanisme au moyen duquel s'opère la luxation sciatique?

Pour nous rendre compte parfaitement du mode d'après lequel s'opère le déplacement fémoral, nous avons étudié sur le cadavre les divers modes d'après lesquels le fémur peut sortir de la cavité.

Les mouvements du fémur sur le bassin sont simples et composés.

Parmi les mouvements simples, il en est qui ne peuvent donner lieu aux déplacements du fémur dans l'articulation de la hanche, ce sont les mouvements de flexion et d'extension. Dans ces mouvements, l'axe du fémur et celui du col sont toujours perpendiculaires l'un à l'autre; le fémur exécute un mouvement de pendule autour de l'articulation. Le mouvement de flexion, quelque exagéré qu'on le suppose, laisse la tête au fond de la cavité; et si l'extension forcée peut, d'après M. Bonnet, donner lieu à des déplacements non permanents, ces déplacements n'ont lieu que dans la demi-circonférence antérieure de la cavité cotyloïde : déplacements qui sortent dès lors de notre sujet.

Les mouvements d'adduction et d'abduction présentent cette donnée commune que, lorsqu'ils s'exécutent dans leur état de simplicité, l'axe du fémur et l'axe du col sont dans le même plan. En effet, quelle que soit la position dans laquelle sera placée la cuisse quand on imprimera un mouvement d'adduction ou d'abduction, ce sera dans un point de la capsule placé dans l'axe du fémur que se fera sentir l'action de la tête fémorale, le fémur agissant comme un levier rectiligne.

C'est dans cette espèce de mouvement que A. Cooper admet que s'opèrent les luxations du fémur en arrière : « Cette espèce de luxation est produite par une violence extérieure qui agit au moment où le tronc est fléchi sur la cuisse, ou quand la cuisse est fléchie à angle droit sur l'abdomen; si alors le genou est poussé en dedans, la tête du fémur est portée derrière la cavité cotyloïde. » Dans la position ainsi indiquée, le premier obstacle qui se présente est la saillie du rebord cotyloïdien; c'est quand la cuisse affecte la position indiquée par le chirurgien anglais que la tête du fémur rencontre le plus grand obstacle à sortir de la cavité, car c'est là où le rebord cotyloïdien est le plus saillant, et par conséquent là où la cavité est le plus profonde. Mais en supposant que ce ne fût point là un obstacle insurmontable, les puissances que la tête du fémur aura à combattre sont encore très-considérables. Je ne parlerai point de la résistance de la capsule qu'il faut rompre dans un point ou dans l'autre, mais cette capsule se trouve ici doublée de toute l'épaisseur de la couche des muscles pelvi-trochantériens agissant dans les conditions les plus favorables à leur action. Au moment où une puissance viendra pousser la tête du fémur en ce sens, ils entreront en contraction pour s'opposer au déplacement; et si la contraction manque, on aura à combattre du moins leur force tonique; et si cette force venait à manquer, il y aurait encore pour s'opposer au déplacement la longueur seule de ces muscles qui ne peuvent sans se rompre subir l'allongement nécessaire au mode de déplacement que nous étudions. M. Bonnet, en portant le mouvement d'adduction jusqu'au point extrême où la tête sort de la moitié, a vu la rupture, la dilacération des muscles de la région pelvi-trochantérienne. En expérimentant sur le cadavre, nous avons vu survenir les mêmes altérations; aussi, sans nier la possibilité d'un déplacement selon le mécanisme indiqué par A. Cooper, nous croyons que ce mécanisme n'est applicable qu'aux cas semblables à celui décrit par Todd, dans lesquels le déplacement de la tête fémorale est consécutif à la rupture de tous les muscles de la région postérieure de la cuisse. Or si nous admettons que la conservation de ces muscles de la région pelvi-trochantérienne est indispensable pour caractériser la luxation sciatique, nous pourrons bien admettre que ce mécanisme peut développer une luxation iliaque, mais non la variété sciatique.

Les difficultés que nous venons de constater pour qu'une luxation s'opère par l'adduction forcée, la cuisse étant dans la demi-flexion, sont à peu près semblables si nous expérimentons dans l'extension. Outre la difficulté que nous rencontrerons à produire l'adduction par la présence du membre pelvien du côté opposé, nous trouvons encore des puissances musculaires dont il faut rompre la résistance; et, si nous

arrivons à un résultat avec tous les dégâts que nous déterminerons, nous aurons produit une luxation iliaque.

Le mouvement simple de rotation, le membre inférieur étant maintenu dans l'extension, me paraît déterminer difficilement un déplacement articulaire; car, dans ce cas, le levier de la puissance, de la cause vulnérante, n'a pas une plus grande longueur que le levier de la résistance, représenté par la longueur du col. Or cette tête fémorale va rencontrer de bien grands obstacles : une capsule fibreuse à rompre, des muscles qui s'opposent au déplacement; et il n'y aura, pour amener de si grands résultats, qu'un levier représenté par la longueur du pied. Je ne parlerai point du cas de A. Cooper, dans lequel la cause fracturante fut appliquée sur l'articulation même, et dans lequel la pesanteur de la voiture a donné un élément de puissance qui en fait un cas tout à fait exceptionnel; mais, dans les deux autres cas cités par M. Malgaigne comme exemple de ce mécanisme, nous ne voyons pas des mouvements simples, mais bien des mouvements composés. En effet, dans le cas de M. Mercier, c'est une femme de soixante-six ans qui, par une brusque rotation du pied en dedans, perd l'équilibre. Dans le fait qu'il cite lui-même, et c'est une luxation incomplète, cette femme, âgée de vingt-sept ans, marche sur une pelure de pomme, glisse et tourne le pied en dedans; mais dans ces deux cas, il y a tout au moins un mouvement de flexion qui se joint à la rotation du pied; et comment établir qu'il n'y a pas eu de mouvement d'adduction ou d'abduction? Une femme qui se luxe un membre rend bien difficilement compte des différentes positions qui se sont présentées, alors que souvent elles sont difficilement analysées par le chirurgien.

L'étude des mouvements simples de la cuisse nous a montré combien est difficile le déplacement du fémur alors que l'on n'a affaire qu'à un mouvement simple; car dans les uns les obstacles au déplacement sont presque insurmontables, dans les autres les forces vulnérantes sont annihilées ou du moins réduites à des proportions qui ne sont plus en rapport avec les obstacles à vaincre. Les mouvements combinés vont nous fournir au contraire des forces constamment suffisantes; ils vont annuler une partie de la résistance en contournant les obstacles.

Quelles sont les conditions relatives de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde dans les mouvements combinés?

Si nous plaçons la cuisse dans la demi-flexion sur le bassin, nous trouvons que l'axe du fémur et l'axe du col se trouvent dans le même plan; l'extrémité centrale de la tête du fémur se trouve au fond de la cavité cotyloïde; la demi-circonférence postérieure de la tête est en rapport avec la demi-circonférence postérieure de la cavité cotyloïde. Si nous faisons exécuter un mouvement de rotation en dedans, le grand

trochanter s'élèvera, se rapprochera de la ligne médiane, tandis que la ligne du fémur marchera en sens inverse, ira se présenter à la partie inférieure de la cavité cotyloïde, de manière que sa partie centrale tendra à s'éloigner de la ligne médiane; et la partie de la surface articulaire qui, dans la flexion simple, était supérieure, occupe maintenant le fond de la cavité cotyloïde. Si à ces deux mouvements nous joignons l'adduction, nous amenons la tête à arc-bouter contre la partie inférieure de la capsule articulaire.

Après avoir analysé le mouvement, si nous consultons les auteurs, nous trouvons le mécanisme ainsi décrit par M. Sédillot : « Nous avons posé comme règle générale que la tête du fémur devait presser par son centre la portion du ligament capsulaire qui lui fait obstacle dans le sens de la luxation; par conséquent, c'est contre la partie supérieure externe de la capsule qu'elle doit arc-bouter ici. Or pour qu'un tel effet se produise, il faut que le membre soit tourné *dans une forte rotation en dedans;* dans l'adduction et dans la demi-flexion, la partie supérieure externe de la capsule est tendue et déchirée par la saillie que forme la tête hors de la moitié cotyloïde, sur le bord inférieur et interne de laquelle le col fémoral trouve un point d'appui, et par suite du chevauchement déterminé entre les os, le fémur s'échappe en haut et en dehors et reste luxé dans cette position. »

Nous avons donné textuellement l'opinion du savant professeur de Strasbourg, parce qu'elle représente la doctrine généralement admise; mais ce mouvement combiné de flexion, de rotation en dedans et d'adduction, est précisément celui que nous venons d'analyser, et tout en admettant les principes de M. Sédillot au point de vue des conditions générales pour que la luxation s'effectue, nous ne pouvons voir se produire une luxation en haut et en dehors, parce que la tête du fémur comprime non pas la partie de la capsule qui se trouve en haut et en dehors, mais bien en bas et en dehors.

Les conditions dans lesquelles la tête fémorale vient faire saillie dans la partie supérieure externe de la capsule, conditions jugées nécessaires par M. Sédillot, sont les suivantes : La cuisse est placée dans la demi-flexion, *dans la rotation en dehors* et dans l'adduction ; dans cette position le grand trochanter tend à occuper la partie inférieure de la circonférence du cotyle, quand la tête vient au contraire faire saillie à sa partie supérieure.

Nous nous éloignons donc de l'interprétation générale de la position affectée par le sujet au moment de l'accident, en admettant que le membre était placé dans la rotation en dehors, et non dans la rotation en dedans. Après avoir analysé les mouvements eux-mêmes, si nous nous en rapportons à l'examen physiologique de la question, nous au-

rons les probabilités en notre faveur. Le plus ordinairement ce sont des éboulements, des puissances qui surprennent les ouvriers pendant leur travail, les prennent par derrière et les poussent violemment d'arrière en avant. Or si nous examinons l'ouvrier pendant son travail, nous voyons que la position la plus ordinaire, la plus naturelle, la plus commode, qu'il soit debout ou à genoux, est celle dans laquelle il augmente la base de sustentation, et par conséquent dans laquelle il y a un mouvement de rotation en dehors. Mais si la rotation en dehors est dans ce cas-là, la condition la plus naturelle, l'abduction existe également, car elle remplit le même but d'augmenter la base de sustentation; mais ce mouvement d'abduction qui existe en effet au moment où la violence est appliquée sur le sujet, se trouve détruit par le mouvement du bassin qui, exécutant un arc de cercle autour de l'articulation qui supporte la force vulnérante, se rapproche de lui et produit alors un mouvement d'adduction.

Une circonstance qui doit avoir influé sur la fausse appréciation des conditions dans lesquelles se trouve placé le blessé avant l'accident, est la position de la cuisse à la suite de l'événement. Il ne peut pas y avoir un déplacement du fémur en arrière de la cavité cotyloïde sans que le membre pelvien se trouve placé dans l'adduction et la rotation en dedans. C'est là une conséquence forcée des nouveaux rapports du fémur; mais la position consécutive à la luxation est-elle celle dans laquelle cette luxation s'est produite?

M. Bonnet, dans les expériences qu'il a faites sur le mouvement de rotation de la cuisse en dehors, produit une variété de luxation non décrite, mais rentrant dans les variétés de luxation en arrière et en haut. Nous ne rechercherons pas pourquoi cette luxation produite sur le cadavre ne rentre pas dans les cadres des déplacements articulaires décrits sur le vivant; il est seulement constant pour nous que la rotation forcée du membre en dehors n'a pas produit, comme on le dit dans tous les ouvrages de chirurgie, une luxation en avant, mais bien une luxation en haut et en dehors.

La direction suivant laquelle agit la cause vulnérante me paraît avoir une bien plus grande influence sur le mode suivant lequel va se développer le déplacement fémoral. Nous allons voir encore quelle est son influence relativement à la variété.

Le sujet se trouvant donc placé dans la position que nous venons d'indiquer, soit dans la demi-flexion, la *rotation en dehors* et l'adduction, la tête tend à s'échapper par la partie supérieure de la cavité, en se rapprochant d'autant plus de la partie supérieure et postérieure que la flexion est plus considérable. La puissance vulnérante, agissant d'arrière en avant, tend de plus à porter la tête en arrière de la cavité, et

à augmenter la déchirure de la capsule dans ce sens. C'est sous l'influence de cette violence que la tête fémorale surmonte l'obstacle que lui présente le rebord cotyloïdien. Les deux phénomènes se présentent suivant que la force vulnérante est épuisée au moment de la luxation, ou que son action se prolonge encore après la rupture de la capsule quand la tête est arrivée en arrière ou en haut du rebord cotyloïdien.

La tête, après avoir surmonté cet obstacle, arrive sur un plan incliné qui, suivant le dos du sourcil cotyloïdien, va se terminer à l'échancrure sciatique. La tête qui n'a pas abandonné le contact des surfaces osseuses pour sortir de la cavité, suivra encore maintenant les inégalités de la face externe de l'iléon; elle suivra donc la gouttière que nous venons d'indiquer. La configuration de la surface osseuse n'est point la seule condition qui sollicite la marche de la tête fémorale. Les muscles fessiers et psoas ont pu se laisser distendre, semblables à la corde d'un arc; ils ont subi la distension tant que l'arc ne s'est point rompu, mais dès que la tête a dépassé le rebord cotyloïdien, ces muscles distendus outre mesure tendent à reprendre leur longueur normale, et nous assistons alors à deux mouvements parallèles en sens inverse qui se favorisent l'un l'autre. La force tonique des muscles, leur contraction peut-être élèvent le grand trochanter, mais cette élévation ne peut s'opérer qu'à mesure que la tête fémorale s'enfonce dans la gouttière post-cotyloïdienne. A la suite donc de la violence qui a rompu les rapports normaux, il se fait un mouvement de restitution qui, s'il ne remet pas les parties dans leurs conditions normales, les place du moins dans les rapports qui s'en rapprochent le plus.

Pendant que le grand trochanter s'élève, il se porte également en dehors en décrivant un arc de cercle autour de la tête, décrivant elle aussi un arc de cercle autour du grand trochanter. Pendant ce mouvement, les muscles de la région pelvi-trochantérienne relâchés pendant que la luxation s'opère, sont soulevés par l'ascension du trochanter et forment un pont au-dessus de la gouttière qui suit la tête dans sa marche descendante, et quand le mouvement de restitution s'est terminé, quand le grand trochanter s'est fixé en haut et en avant, que la tête fémorale s'est arrêtée au fond de la gouttière, le pont s'est refermé en avant, le pyramidal, l'obturateur interne sont retombés au-dessus du col et viennent former cette anse musculo-tendineuse qui caractérise la luxation sciatique.

Cette variété de luxation ne peut s'opérer qu'autant que la tête fémorale arrivée sur le rebord cotyloïdien suit immédiatement la rigole, la gouttière post-cotyloïdienne. Le point de départ de la luxation iliaque est le même; mais dans cette variété de luxation, la tête fémorale se trouve placée au-dessus des muscles pelvi-trochantériens. Pour

cela il faut que la cause vulnérante continue son action après la rupture de la capsule et la sortie de la tête de la cavité, et la rejette en arrière de la gouttière post-cotyloïdienne; il faut que le pont formé par les muscles soit fermé avant le passage de la tête.

D'après ce mécanisme, peut-on dire que la luxation sciatique n'est que consécutive? Il est certain que les deux variétés sont identiques dans leur début, et si l'on regarde l'échancrure iléo-pubienne comme étant dans l'aire de la fosse iliaque, la luxation sera consécutive; mais jamais, dans l'une ou dans l'autre de ces deux variétés, la tête du fémur ne s'arrêtera dans le point qui leur est commun : par conséquent, il serait faux de dire que la luxation sciatique est toujours consécutive à une luxation iliaque.

Gerdy a donné un fait dans lequel la luxation sciatique a été consécutive à une luxation iliaque. En admettant ce fait tel que l'indique Gerdy, et nous ne trouvons d'embarras à cela que parce que cet éminent pathologiste n'a point assisté lui-même à cette transformation, rien n'est cependant plus possible que cela; car la tête du fémur ramenée par les tractions sur le bord de la cavité, dans les conditions semblables à celles d'après lesquelles nous avons vu la luxation sciatique s'opérer, peut ne pas reprendre la place dont on vient de la déloger, et, suivant la gouttière post-cotyloïdienne, va se placer sous le collier musculo-tendineux. Mais le mode d'après lequel s'est faite cette luxation secondaire est un mode tout à fait accidentel, et l'on ne peut établir une proposition générale en s'étayant de faits semblables.

Le mécanisme que nous venons d'examiner n'est point le seul par lequel la luxation sciatique puisse s'opérer; il est un autre mode de développement de cette variété de luxation qui a été parfaitement indiqué par M. Malgaigne.

Quand la cuisse est placée dans la flexion un peu forcée, dans la rotation en dedans et l'adduction, la tête du fémur tend à s'échapper par la partie inférieure et postérieure de la cavité cotyloïde (c'est là la position indiquée par M. Sédillot comme étant celle dans laquelle se fait la luxation iliaque). Une violence survenant, capable d'amener la rupture de la capsule articulaire, et nous verrons la luxation ischiatique se produire. Mais quelle différence existe-t-il entre la luxation sciatique et la luxation ischiatique? Cette différence est assez grande si l'on considère tous les points sur lesquels peut s'arrêter la tête fémorale sortie de sa cavité; mais en dehors de ces rapports, quelle différence? Cette différence résulte du maintien de la cuisse dans telle ou telle position, à la suite de la lésion physique. Quand la tête fémorale est sortie de la cavité sur l'ischion, il n'est qu'un obstacle qui puisse se présenter à l'ascension de cette tête : cet obstacle réside dans l'é-

tendue de la rupture de la capsule, autrement il n'y a plus d'obstacles jusqu'à la rencontre du col avec les cordes musculaires transversales qui vont de l'échancrure sciatique au grand trochanter. Pliez la cuisse dans la flexion forcée, et vous avez la luxation ischiatique; allongez le membre, et par suite de la résistance des muscles qui s'attachent au grand trochanter, vous verrez cette luxation se transformer en luxation sciatique. Sera-t-on surpris, après cela, que, sur les dix autopsies signalées par M. Malgaigne, plusieurs aient été qualifiées sur le vivant de luxations iliaques? M. Maisonneuve n'a-t-il pas présenté comme une luxation iliaque une pièce anatomique portant tous les caractères de la luxation ischiatique?

Allons plus loin, examinons les autopsies: 1° le cas de M. Bidard, qui dans l'extension va refouler au-dessus de la tête du fémur les muscles jumeaux et l'obturateur interne; 2° le deuxième de M. Bidard qui va au-dessous des jumeaux et de l'obturateur interne jusqu'au sommet de l'échancrure sciatique; 3° chez le sujet de M. Quain, la tête, glissant au-dessous des jumeaux et de l'obturateur interne, remonte en arrière de ces muscles; 4° le cas de M. Billard, que déjà nous avons cité. Si à ces cas nous joignons celui de Scott, dans lequel la tête est sortie par en haut, car la capsule est déchirée dans ce sens; celui de Lisfranc dans lequel la capsule est déchirée en bas, et dont la tête est retenue par l'obturateur; celui de M. Parmentier, etc., nous le demandons, quel mélange de toutes ces variétés de la luxation du fémur en arrière! et peut-on s'étonner de voir les mêmes pièces pathologiques rapportées par les uns à la luxation ischiatique, et par les autres à la luxation iliaque? — Pourquoi M. Malgaigne classe-t-il parmi les luxations iliaques le cas de M. Parmentier, et parmi les luxations ischiatiques celui de M. Bidard?

Nous avons différencié, par le mécanisme de la formation, la luxation sciatique de la luxation iliaque; pourrons-nous établir un semblable diagnostic différentiel entre la luxation ischiatique et la luxation sciatique?

Ces deux variétés sont des degrés du même déplacement. Quand la luxation sciatique s'est faite par la partie inférieure de la cavité cotyloïde, non-seulement elle est secondaire, mais elle peut encore, par certains mouvements déterminés, passer subitement de l'une à l'autre des deux variétés. M. Sédillot, émettant des doutes sur l'existence de la luxation sciatique, finit par trouver dans le journal de son savant parent une luxation qu'il croit devoir rapporter à la variété qui nous occupe; mais, deux jours après l'accident, la luxation est devenue sciatique.

Quand la tête fémorale est luxée par la partie inférieure et posté-

rieure de la cavité cotyloïde, le grand trochanter est venu se fixer en avant, retenu qu'il est par la tonicité des muscles fessiers et trochantériens. Cette partie du fémur est devenue le point fixe autour duquel s'exécutent les mouvements de la tête fémorale, devenue la partie mobile; par conséquent dans la flexion, la tête viendra se placer sur l'ischion d'autant plus bas que la flexion sera plus complète, et remontera vers l'échancrure quand on se rapprochera de l'extension. Nous ne saurions dès lors nous étonner de la difficulté de la classification des pièces pathologiques, et ne comprend-on pas au contraire que dans le deuxième cas de M. Bidard on a eu affaire à une luxation sciatique des plus tranchées, et que la trouée faite par la tête, indiquant le terme d'ascension de la tête, n'était point suffisamment cicatrisée pour ne pas laisser perdre la trace de la marche du fémur? Quelques jours plus tard, et nous avions un exemple des plus tranchés de la luxation ischiatique.

Après avoir étudié les altérations pathologiques qui constituent les variétés admises de déplacements du fémur en arrière de la cavité, nous ne pouvons que regretter la doctrine qui établit comme principe de ces variétés les rapports anormaux des os. Sur une étendue qui représente à peu de chose près la longueur de la cavité cotyloïde, nous trouvons place pour beaucoup d'auteurs à trois variétés de déplacements et pour d'autres à deux variétés seulement. Parmi ces derniers, l'une des variétés comprend deux variétés des autres, ce sont en effet celles qui, au point de vue des rapports des os entre eux, diffèrent le moins; mais nous espérons démontrer que ce sont les deux variétés qui se séparent le plus, nous avons dit déjà, au point de vue de l'anatomie pathologique, mais surtout pour les manœuvres de la réduction. Il est deux autres variétés maintenues distinctes par les auteurs par suite de la grande différence, relative du moins, des rapports osseux; ces deux variétés peuvent presque toujours se transformer, et de plus elles réclament les mêmes moyens de réduction. N'est-ce point là une division qui n'a pas de chance de survivre à un examen sérieux de la question? Nous n'avons pas l'autorité de créer; contentons-nous de montrer ce qu'il y a de défectueux et réclamons pour édifier le concours des hommes sérieux et de l'expérience.

L'examen des symptômes des diverses variétés de la luxation fémorale en arrière va nous présenter une appréciation semblable à celle que déjà nous avons émise pour les altérations anatomiques.

Si nous comparons la luxation sciatique à la luxation iliaque parmi le plus grand nombre de symptômes qui sont communs aux deux variétés, il en est quelques-uns qui suffisent pour différencier ces deux sortes de déplacements. — Je ne parlerai que des luxations sciatiques qui

se sont opérées par la partie supérieure de la cavité, d'après le premier mécanisme que nous avons indiqué.

Nous ne trouverons pas de distinction entre les deux déplacements relativement à la longueur, à la position demi-fléchie, en adduction et dans la rotation en dedans, au plus ou moins de hauteur du pli de la fesse. Rappelons-nous la condition anatomique qui caractérise la variété sciatique, et nous en déduirons les symptômes propres à cette variété, ce sont : 1° la profondeur de la tête du femur; 2° la fixité de cette tête dans la position anormale; 3° la position du pied.

Dans les deux cas que nous avons observés, dans le cas de Gerdy qui leur est identique, nous avons trouvé la tête fémorale profonde, très-profonde, à telles enseignes que, l'examen du membre ne pouvant nous laisser de doute sur la présence de cette partie du fémur dans le lieu où nous en percevions la présence, mais placé en dehors de la vue du membre, s'il avait fallu reconnaître dans ce point une tumeur osseuse arrondie, nous n'eussions pu établir un diagnostic précis. Dans le cas de luxation iliaque, que j'ai observé presque en même temps que ceux de luxation sciatique, la tête était bien plus saillante; il était facile de la reconnaître dans le point où elle s'était fixée.

Quand la tête fémorale est située profondément dans la luxation iliaque, on parvient à faire saillir assez cette partie de l'os, en imprimant un mouvement forcé de rotation en dedans au pied déjà placé dans cette position. Ce mouvement ne fait point saillir la tête fémorale dans la luxation sciatique, elle a acquis là une stabilité qui n'appartient pas aux autres variétés. Les seuls mouvements de latéralité que l'on puisse imprimer à la tête sont ceux qui, s'exécutant autour de l'axe du fémur, la portent en dehors, car en dedans le col est appliqué sur des parties solides; mais ce mouvement en dehors est devenu impossible, parce que le col est bridé par le tendon de l'obturateur avec d'autant plus de force, que dans ces sortes de mouvement le muscle tiraillé doit se contracter, ou du moins sa tonicité doit augmenter, et la tête doit se trouver fixée plus solidement encore contre la surface osseuse qui lui correspond accidentellement.

Dans ces conditions, outre que l'on trouve des raisons suffisantes pour comprendre comment la tête fémorale ne suit pas les mouvements de rotation imprimés au pied, on reconnaît encore la cause de la fixité du fémur dans ces nouveaux rapports. Cette fixité est telle, que dans le cas dont nous donnerons plus tard l'histoire nous n'avons pas senti le moindre déplacement entre les deux os luxés, jusqu'au moment où nous avons employé les procédés au moyen desquels nous avons réussi.

La descente de la tête fémorale, comme l'entend M. Despretz, nous

paraît appartenir plutôt à la luxation produite par la sortie de la tête dans l'aire inférieure de la cavité cotyloïde; le principe est parfaitement juste, la flexion de la cuisse amène la tête fémorale dans la partie inférieure de la cavité cotyloïde; mais quand elle est déplacée dans le sens que nous indiquons, bien qu'il n'y ait pas de puissance suffisante pour mettre obstacle à la descente de la tête, il y a cependant contre ce mouvement l'union des tissus entre eux, mais qu'une violence assez considérable peut seule rompre. Dans la luxation sciatique consécutive à la luxation ischiatique, la route est faite et la tête revient par le chemin qu'elle a parcouru; mais dans le cas que nous analysons actuellement, la flexion doit s'opérer bien plus par l'élévation du trochanter que par la descente de la tête au-dessous du point où elle s'est fixée. Ce mouvement, employé dans le but de réduire la luxation par le procédé Despretz, ne nous a pas paru rendre la tête plus distincte par le toucher.

Hippocrate avait noté dans les luxations en arrière (*Littré*, tom. IV, p. 247) la non-déviation du pied, « la jambe et le pied passablement droits ne sont guère déviés ni dans un sens ni dans l'autre. » — Ce symptôme, nous l'avons constaté dans les deux cas de luxation sciatique. — La cuisse est dans l'adduction, et cependant le pied repose sur le talon. Comment le pied ne tombe-t-il pas? Nous en trouvons encore la raison dans la présence du tendon de l'obturateur. Dans la luxation iliaque, le pied, agissant par la pesanteur, suit le mouvement de rotation du membre et va reposer sur son bord interne. La conséquence de ce mouvement est une saillie plus grande de la tête dans la fosse iliaque externe. Il faut donc qu'il y ait un mouvement d'élévation de la tête à mesure que le pied subit un mouvement d'abaissement. Or la tête bridée par le collier musculo-tendineux ne peut se déplacer d'une quantité suffisante pour permettre que le pied repose sur son bord interne. Dès lors le pied, s'il subissait un mouvement de déplacement dans le sens de la rotation, ne pourrait se trouver placé que dans un léger mouvement de rotation, qui serait intermédiaire au repos sur le bord interne ou à l'équilibre ordinaire. — Le premier état de repos est impossible, nous en avons vu la raison : il se fait dès lors dans la jambe un mouvement de restitution en sens inverse de la rotation de la cuisse, et le pied se trouve maintenu dans la position de stabilité qui est la seule possible.

Le déplacement par la partie inférieure de la cavité cotyloïde présenterait des symptômes assez différents, suivant que la tête fémorale se trouvera encore sur l'ischion ou dans l'échancrure sciatique. Mais quand on aura forcé la flexion et que l'on aura ramené la tête fémorale dans les rapports ordinaires de la luxation sciatique, obtiendra-

t-on les symptômes spéciaux que nous venons de désigner? Nous n'avons pas examiné de luxation de cette nature avec les idées que nous venons d'exposer. Nous ne pourrons dès lors résoudre la question, mais il est permis de douter que ces symptômes existent, car dans la variété de la luxation opérée par le haut du cotyle, la tête est dans une cavité qu'elle remplit en entier, elle n'a par conséquent aucune liberté de mouvement, tandis que dans celle qui succède à la variété ischiatique une porte est ouverte en bas qui, permettant à la tête de glisser en ce sens, pourra la rendre plus sensible et pourra permettre au pied de reposer sur son bord interne.

Il est enfin un dernier ordre d'idées, celui qui dès l'abord a appelé notre attention et nous a amené aux recherches et aux études que nous venons de consigner, nous voulons parler du traitement ou plutôt du procédé au moyen duquel on devra ramener la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. Dans l'observation que nous publions et qui est devenue le point de départ et le sujet de notre travail, nous avons dû avoir égard à la nature particulière de la lésion. Après avoir échoué par les procédés indiqués par les auteurs, nous avons obtenu la réduction du membre avec la plus grande facilité, par une formule indiquée d'avance, résultat de l'étude sur le cadavre.

Balandy, trente-sept ans, terrassier, homme fortement musclé, vient d'être pris sous un éboulement dans les travaux qui sont faits sur la ligne ferrée de Marseille à Toulon; le sujet était debout, dans l'attitude du travail, présentant le dos à la masse de terre qui va le couvrir; il a fléchi sous le poids tout en recevant une forte impulsion en avant. Il est transporté à l'hôpital, où je l'examine au moment de son entrée, peu d'instants après l'accident:

La cuisse gauche est dans la demi-flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Le genou repose; au-dessus du genou, du côté sain, vers le tiers inférieur de la cuisse, la partie antérieure du membre est devenue un peu interne. Le pied ne suit pas la cuisse dans son mouvement de rotation; il est élevé au dessus du pied droit, mais il repose sur le talon, la jambe suivant une flexion en sens inverse de celle que nous avons constatée à la cuisse. Le membre pelvien est raccourci. Le grand trochanter est placé en dehors et en dessous de sa position ordinaire; il fait une forte saillie sous la peau et est distant de l'épine aliaque antérieure et supérieure de quatorze centimètres, quand la distance des deux points n'est que de douze centimètres du côté sain. Au-dessus du grand trochanter, on sent une partie fortement tendue au niveau de la partie moyenne de la fosse iliaque externe, c'est l'aponévrose du moyen fessier; au dessous l'aponévrose de la cuisse et son muscle tenseur sont également très-tendus. Les muscles de la région

postérieure de la cuisse sont dans le relâchement le plus absolu, de même que les adducteurs. Au niveau de la cavité cotyloïde, soit au sommet de l'angle formé par la rencontre de la cuisse fléchie et du bassin, il existe encore un point dans lequel toutes les parties sont dans le relâchement le plus absolu.

Après avoir constaté la position du grand trochanter, je cherche à constater la position de la tête fémorale, mais il m'est beaucoup plus facile d'établir les points dans lesquels elle ne se trouve pas, que de pouvoir la sentir elle-même, car elle est profondément placée au-dessous des muscles de la région fessière. Il n'y a aucune tumeur dans la fosse iliaque, rien au niveau de la tubérosité ischiatique, ni à la région inférieure et postérieure de la cavité cotyloïde; la partie moyenne est celle dans laquelle on sent la tête, mais d'une manière qui n'est nullement distincte; les mouvements imprimés à la cuisse ne la rendent pas plus perceptible. Le diamètre transverse de la hanche est augmenté.

Le malade entré dans les salles le 7 octobre, je fais immédiatement les premières tentatives de réduction; le malade n'est pris qu'imparfaitement par le chloroforme; j'essaye le procédé de M. Despretz, mais sans résultat (saignée 1° de 600 grammes à onze heures du matin; 2° de 300 grammes à quatre heures; 3° de 400 grammes à onze heures du soir; le lendemain matin, bain de trois heures).

Le 8 au matin, après de nouvelles tentatives par la flexion de la cuisse sur le bassin, j'ai recours aux moufles. Le malade est placé sur un lit, couché sur le côté sain. La cuisse est placée dans la demi-flexion; un drap plié en cravate passe sous le périné, entoure le bassin du côté malade, et est ensuite fixé à un anneau scellé dans le mur, afin d'opérer la contre-extension. Les liens extensifs sont placés à la partie inférieure de la cuisse. La traction s'exécute ensuite de manière que la cuisse fasse un angle un peu obtus avec le bassin. La traction est portée à 120 kilogrammes et ne peut être portée plus loin, les liens sur lesquels s'exerce l'extension ayant glissé sur la partie inférieure de la cuisse et ne portant plus que sur l'articulation du genou. La tête fémorale n'a pas éprouvé le moindre déplacement; on la dirait clouée dans le lieu où elle s'est placée. Pensant qu'il suffira pour la déloger de combiner, comme le veut A. Cooper, l'extension avec une traction verticale sur la partie supérieure de la cuisse, je renouvelle l'extension, qui est portée jusqu'à 100 kilogrammes, pendant qu'avec une serviette placée au haut de la cuisse je fais tirer fortement, de manière à soulever le sujet au-dessus du lit: même insuccès; pas le moindre jeu entre les deux os luxés; rien qui ressemble au frottement de deux surfaces osseuses. Toutes ces tentatives sont faites pendant que le malade

est anesthésié au moyen du chloroforme. J'abandonne les moufles; je reviens au procédé Desprelz, mais en vain.

Je m'adresse alors au cadavre pour lui demander les raisons de mon insuccès et étudier les résistances que j'ai à vaincre.

Je dissèque d'abord tous les muscles de la partie supérieure de la cuisse, sans en détruire aucun; portant ensuite le bistouri sur la partie postérieure et supérieure de la capsule, je l'incise, et portant le membre dans l'adduction, la rotation en dehors et la flexion, je fais sortir la tête de la cavité; poussant ensuite le fémur en arrière sans une grande force, quand il s'arrête, je puis reconnaître tous les signes appartenant à la luxation que présente mon malade: même position de membre, même impossibilité de l'extension, de l'abduction, de la rotation en dehors, même flaccidité des muscles de la région postérieure de la cuisse, même tension du moyen fessier et du fascia lata.

Tous les muscles de la cuisse sont dans le relâchement, sauf le tendon du psoas et le muscle fascia lata, et avec lui l'aponévrose crurale. Le grand fessier est flasque; le moyen fessier présente à considérer trois parties; l'antérieure et la postérieure sont relâchées, tandis que la moyenne est très-tendue. Le petit fessier forme un pont assez tendu sur la fosse iliaque externe; au delà de ce pont on aperçoit la tête fémorale. Bien que ce muscle soit tendu, l'espace qui existe entre ce muscle et le fond de la fosse iliaque est suffisant pour que la tête fémorale puisse passer. Ce n'est point là un obstacle à la rédution. Ces muscles soulevés de manière à pouvoir examiner la position de l'extrémité supérieure du fémur, j'aperçois la tête de cet os recouverte par trois plans musculaires: ce sont en arrière les fibres de la partie postérieure du moyen fessier, un peu plus en avant, au moment où la sphère articulaire se rapproche du col, le tendon du pyramidal flanqué des deux jumeaux, enfin autour du col, de manière à l'accrocher, le tendon de l'obturateur interne. Le point où se trouve placée la tête est le rebord postérieur de la cavité cotyloïde, au niveau quant à l'élévation de l'échancrure sciatique, mais assez loin de cette échancrure elle-même.

Il est peut-être oiseux de donner tous ces détails anatomiques, car ils ont été décrits déjà dans les diverses autopsies de sujets présentant la lésion physique qui nous occupe; je crois cependant devoir les rappeler, parce que c'est à l'aide de cette étude que je suis arrivé à réduire sans peine une luxation qui avait résisté à une force considérable, sans que les rapports nouveaux des deux os aient été modifiés en rien.

J'avais donc deux obstacles à vaincre: 1° la position de la tête en arrière du rebord postérieur de la cavité cotyloïde; 2° la résistance

des deux muscles pyramidal et obturateur interne, surtout ce dernier, qui présente une corde qui ceint le col anatomique du fémur.

Dans la position nouvelle contractée par la tête fémorale, si l'on exécute des tractions dans la demi-flexion, la force est produite dans le sens d'un axe qui comprend dans le même plan l'axe du fémur et celui du col; en agissant ainsi, si l'on soulève un peu l'extrémité du fémur, on abaisse d'autant la tête fémorale vers l'échancrure sciatique et on tend à la fixer plus solidement dans le lieu où elle s'est placée; le fémur représente assez bien un croc dont l'extrémité s'enfonce d'autant plus que la puissance s'exerce davantage dans le plan qui unit la tige à l'extrémité. — Les mouvements directs ne pouvaient donc donner de résultat, il fallait par un mouvement de circumduction changer la position relative du fémur et du col, ou bien par le sens de la traction éviter la saillie et l'obstacle présenté par le rebord cotyloïdien.

Le second obstacle est le tendon de l'obturateur; ce tendon, placé en forme de collier, met un obstacle réel, car la tête placée profondément tend à se porter plutôt un peu en dehors. Ces tractions directes rencontrent un obstacle sinon invincible, du moins très-sérieux, obstacle que l'on ne pourrait vaincre ni par des tractions directes ni par la rupture du muscle, et qu'il faut par conséquent tourner. Pour cela, quand le membre a subi une légère traction dans les tentatives de réduction, il faut se souvenir que le col fémoral suit les mouvements que l'on imprime à la jambe pliée sur la cuisse, et alors, se servant de la jambe comme levier, on imprime un mouvement de rotation en dehors; ce mouvement fait pénétrer plus profondément la tête du fémur et fait glisser le tendon sur le rebord de cette tête. Ces deux difficultés vaincues, la réduction devient facile.

Ces données étant acquises par l'étude du cadavre, j'opérai chez mon malade de la manière suivante :

Je plaçai le malade sur le dos; deux draps pliés en cravate servirent à la contre-extension, l'un supérieur entourait le bassin du côté sain, et passait au-dessous de l'articulation coxo-fémorale malade; l'autre inférieur embrassait le haut de la cuisse et passait au-dessous de la cuisse malade; ces deux alèzes allaient s'attacher à deux anneaux fixés dans le mur du côté gauche, où siége la luxation.

Pour l'extension, j'applique un bandage à la partie inférieure de la cuisse malade, retenant deux espèces de liens de manière à pouvoir attacher à la cuisse deux éléments de traction. Je multiplie dans le même but mes points d'appui de manière à pouvoir exécuter mes tractions dans plusieurs sens, sans pour cela diminuer ma force.

Je commence à porter le membre en dedans et en haut de manière

à exécuter la traction dans le sens de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté sain; le membre est dans l'adduction forcée appliqué sur le ventre. La force est portée à 50 kilogrammes. Cette position a pour but de ramener la tête du fémur dans le sens de la gouttière post-cotyloïdienne, et sert à éviter le rebord cotyloïdien. Après avoir maintenu cette force pendant quelques instants, le moment me paraît venu de dégager la tête de la couronne tendineuse qui l'arrête. Me servant alors de la jambe fléchie comme d'un levier, je force le mouvement de rotation du col de manière à le rapprocher de la surface osseuse de la fosse iliaque externe; de cette façon j'abaisse la tête du fémur au-dessous des tendons, comme on le fait pour passer au-dessous d'une corde ou d'une table trop basse. A peine ce mouvement est-il exécuté que, pour la première fois, nous sentons la tête abandonner ses rapports anormaux; il ne me reste alors qu'à tirer la tête dans un sens qui la rapproche davantage de la cavité; pour cela je mets à profit mes divers points d'appui; je fais suivre au membre une courbe qui le rapproche de plus en plus de l'extension. Quand il arrive au-dessous du genou sain, je fais cesser l'extension, et imprimant au membre un mouvement de circumduction qui porte le trochanter et la cuisse en dehors, je sens la tête rentrer dans sa cavité. — Le sujet est transporté dans son lit, mis au repos, le membre fixé, moins dans la crainte de voir le déplacement se reproduire que pour maintenir le repos de l'articulation.

Je fus très-heureux de ce résultat, non-seulement parce que je rendais à ce malheureux l'usage de son membre, mais parce que j'étais arrivé là par l'étude et l'examen sur le cadavre. Après plusieurs tentatives infructueuses, l'emploi de forces assez considérables, quoique nous eussions pu les dépasser facilement, je fais une nouvelle tentative, et par un procédé parfaitement indiqué, je ramène la tête dans la cavité par le manuel fixé d'avance.

L'observation que nous venons de donner, un peu trop longuement peut-être, est la seule appréciation du traitement que nous croyons devoir faire; la luxation iliaque et la luxation ischiatique ont des indications qui sortent de celles que j'ai suivies dans la réduction de cette luxation si évidemment sciatique; ces indications lui sont propres; elles seules nous ont amené à un résultat heureux. En présence de ce fait on me pardonnera de revenir encore sur l'opinion de M. Nélaton, qui nous donne comme absolument identiques les rapports anatomiques dans les deux variétés iliaque et sciatique, c'est une opinion que je crois non-seulement fausse, bien plus elle me paraît dangereuse dans un ouvrage devenu classique à si juste titre.

Que dirai-je de la luxation sciatique consécutive à la luxation ischia-

tique? C'est là que les indications de traitement sont identiques. Le temps suffit pour produire la transformation de la luxation ischiatique en luxation sciatique. Exécutez la flexion forcée, et vous reproduisez le déplacement ischiatique; dans ce cas-là, le procédé Desprez doit suffire.

Ce que nous venons de dire doit démontrer que, malgré les travaux des auteurs modernes, l'étude des luxations de la cuisse en arrière réclame de nouveau l'attention des chirurgiens. Les divisions adoptées par nos derniers auteurs manquent d'une exactitude rigoureuse. En confondant deux variétés essentiellement distinctes par le mécanisme de la production, les symptômes et surtout par le procédé de réduction, outre que cette confusion est fâcheuse au point de vue de la science, elle expose le malade à de tristes résultats, par des tentatives de réduction entachées de l'ignorance où sont les chirurgiens des obstacles qu'ils ont à surmonter, des résistances qu'ils ont à vaincre; ignorance couverte par les assertions fâcheuses de nos classiques les plus justement honorés.

Hernie crurale. — Etranglement. — Anus contre nature. — Entérotomie. — Suture intestinale; par le docteur CHAPPLAIN; chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

La nommée Roman (Élisabeth), domestique, âgée de quarante et un ans, rachitique, avec déviation de la colonne vertébrale à droite, porte une hernie crurale du côté droit depuis quelques années, sans jamais avoir porté de bandage. Cette hernie s'étrangle le 15 août 1855, ou du moins c'est à ce jour que cette fille rapporte le début de ses douleurs. La tumeur qu'elle avait dans l'aine devient douloureuse, les selles sont arrêtées, les vomissements surviennent; elle supporte cet état de fatigue pendant six jours sans réclamer l'intervention du médecin. Le 21 août, elle est confiée aux soins de mon collègue et ami M. d'Astro, qui, après l'avoir soumise aux divers moyens propres à amener la réduction de la tumeur, me fait appeler, le 23 août, pour pratiquer l'opération.

L'état de la malade, au moment de l'opération, est le suivant: tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, placée sur le ligament de Poupart; le pédicule s'étend vers l'abdomen en passant au-dessous de ce ligament. Cette tumeur est dure, marronnée; elle a le volume d'une petite noix; elle est douloureuse à la pression; les téguments sont rouges, hyperhémiés, sans être le siége d'une inflammation réelle. La pression ne diminue pas le volume de la tumeur et ne fait pas percevoir de gargouillement. Le ventre est météorisé, mais il est peu douloureux par la pression.

L'état général de la malade est celui des sujets arrivés aux périodes les plus graves de l'étranglement; la face est grippée, les forces sont épuisées, le pouls est petit, fréquent, dépressible, les vomissements persistent, les matières vomies ont l'odeur fécale.

Bien que le taxis eût été employé déjà, je fais encore quelques tentatives de réduction, en ménageant cependant les parties étranglées depuis huit jours. Ces tentatives sont sans résultat; je procède à l'opération de la kélotomie.

Les téguments incisés, j'arrive sur une anse intestinale dont la coloration est brune, dont la surface est dépolie, comme si la tunique péritonéale avait été gercée et déchirée. Bien qu'il n'y ait encore aucune perforation des parois, nous ne croyons point à la possibilité de réduire cette portion intestinale. La traction sur cette partie de l'intestin, pour examiner le point où siége l'étranglement, démontre encore plus l'altération des parois; nous nous décidons à produire un anus anormal et à conserver l'anse intestinale au fond de la plaie. Après avoir débridé l'anneau fibreux qui produit l'étranglement, je passe un fil au-dessous de l'anse intestinale, afin d'éviter une réduction spontanée, et j'ouvre l'intestin dans le sens de son axe. Une sonde de femme introduite dans le bout supérieur du tube digestif donne issue à une très-grande quantité de matières fécales liquides. Cette sonde est placée à demeure, afin de permettre l'issue des matières. La plaie est laissée sans aucun autre pansement.

Les phénomènes généraux s'amendent à la suite de l'opération. La malade marche rapidement vers le bien, et la santé serait bientôt devenue parfaite si les matières fécales, trouvant leur issue par l'anus accidentel, ne laissaient à la fille Roman une infirmité qui devait de nouveau réclamer les soins de la chirurgie active. Un accident s'est présenté quelques jours après l'opération, une inflammation phlegmoneuse s'est manifestée à la partie interne de la plaie produite par l'opération. Le phlegmon s'est abcédé, et quand nous l'avous incisé le pus s'est trouvé mélangé à des matières fécales. L'anus anormal a présenté depuis lors une double ouverture intestinale : la première externe, produite pendant l'opération; la seconde interne, produite spontanément et n'ayant communiqué avec l'extérieur que dix jours environ après l'opération. Je ne sais si je me trompe, mais j'ai vu, dans cette circonstance, une preuve de plus de l'état d'altération grave de l'intestin au moment de l'opération, et cette seconde fistule est, je crois, la conséquence du travail d'élimination d'une partie de l'intestin au niveau de l'étranglement, dans la partie la plus interne.

Le travail local qui s'est manifesté dans la partie de l'intestin hernié est le suivant : une large perte de substance s'est faite dans la partie

la plus externe de l'intestin, dans le point où nous avons fait l'incision des parois, si bien que, quelques jours après l'opération, des lambeaux mortifiés de la paroi intestinale agrandissent considérablement l'incision pratiquée par le bistouri.

Les deux ouvertures fistuleuses sont séparées l'une de l'autre par un intervalle de deux centimètres à la peau ; les téguments sont parfaitement sains entre les deux ouvertures. A mesure qu'on suit plus profondément les trajets fistuleux, l'intervalle qui les sépare devient plus grand ; car la fistule la plus externe marche directement d'arrière en avant, tandis que la fistule interne, en marchant de l'intestin vers la peau, suit une direction oblique de dedans en dehors.

La malade est livrée à elle-même pendant deux mois environ, afin de laisser à la nature le temps d'opérer l'oblitération spontanée des deux fistules, si la chose est possible. Quinze jours après l'opération, la cicatrisation de la plaie, moins l'ouverture intestinale, s'est effectuée ; la fistule intestinale s'est formée et son diamètre n'a plus diminué. La seconde fistule s'est formée plus tard. Le double orifice intestinal a donné passage à tout le produit des digestions.

Quelques accidents ordinaires dans les anus anormaux se sont présentés chez la fille Roman : les téguments, constamment en rapport avec des matières irritantes, sont devenus rouges, érythémateux. Le bout supérieur de l'intestin tend à sortir par l'ouverture fistuleuse, et plusieurs fois la malade s'est effrayée en voyant le développement considérable de la portion intestinale invaginée. La réduction n'a jamais présenté la moindre difficulté, il a suffi à la malade de se coucher sur son lit et de presser la partie invaginée pour rétablir les choses dans leur état normal. Ces divers accidents n'ont offert aucune gravité ; la santé générale ne s'est point altérée ; la nutrition s'effectue parfaitement, malgré que les matières intestinales ne parcourent point toute la longueur du tube digestif ; mais si la position de cette fille ne s'aggrave pas, elle ne devient pas meilleure ; la guérison n'avance pas, et le temps qui s'est écoulé, en même temps que la disposition des ouvertures fistuleuses, nous démontrent que l'art seul peut amener la guérison de cette infirmité.

13 *octobre*. — A cette époque la situation de la malade est la suivante : bon état de santé, plus d'embonpoint même qu'avant l'opération ; nutrition parfaite, excellent appétit ; issue de tout le résidu de l'intestin par les fistules, rien ne sort par l'anus. Le moral est très-bon ; désir d'être débarrassée des fistules stercorales.

L'ouverture fistuleuse la plus externe est oblongue de haut en bas ; elle a 3 centimètres de longueur ; transversalement l'étendue de 2 centimètres est occupée complétement par la muqueuse intestinale, qui

forme une lèvre de chaque côté et laisse une ouverture linéaire. La peau est adhérente à la partie séreuse de l'intestin et se continue immédiatement avec la muqueuse, comme dans une ouverture anormale, sans présenter cependant cette séparation insensible qui se manifeste dans les ouvertures normales. Dès que la peau cesse, il y a immédiatement la muqueuse avec ses caractères les plus tranchés. Il n'y a donc pas d'entonnoir membraneux là où cesse la peau, la muqueuse commence sans aucun intermédiaire.

Pour l'ouverture la plus interne, également oblongue de haut en bas, mais avec un diamètre bien moins grand, il y a, pour la lèvre la plus externe, saillie de la muqueuse, union de cette muqueuse à la peau, comme nous l'avons décrit plus haut; mais pour la lèvre interne, pas de muqueuse intestinale; cette paroi interne est formée par une pseudomembrane qui tapisse tous les plans membraneux de la peau au ligament de Gimbernat.

La grande fistule permet finalement le passage du doigt dans la cavité intestinale. L'index introduit, je sens à une distance de 5 centimètres l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin. Le doigt introduit aussi profondément que possible sur l'une des faces de cet éperon, je porte une sonde sur la face opposée, et aussi loin que mon doigt peut arriver jusque dans le fond de la fosse iliaque; je sens que les deux bouts de l'intestin sont adossés l'un à l'autre et que rien ne les sépare : ce sont réellement, selon la comparaison consacrée, deux canons d'un même fusil adossés l'un à l'autre. Les rapports des parois de l'éperon ainsi constatés, je remplace la sonde par l'une des branches de l'entérotome de Dupuytren; après l'avoir confiée à mon collègue, je conduis sur mon doigt la seconde branche, et, les réunissant ensuite, je serre immédiatement l'instrument de manière à interrompre la circulation dans la partie comprise entre les deux branches de l'instrument; cette partie a une longueur de 6 à 7 centimètres.

Au moment de la constriction la malade éprouve un sentiment de défaillance très-grand; elle a des envies de vomir sans que le vomissement survienne; le pouls faiblit, se ralentit; il y a pâleur de la face. Elle est ainsi, pendant une heure, sous l'imminence d'une syncope. Peu à peu ces phénomènes disparaissent, la malade reprend son état normal, pour n'éprouver aucun autre accident notable pendant le laps de temps que la pince comprime et mortifie la double paroi intestinale. Je ne dirai rien du régime qui a suivi les diverses phases d'augmentation et de diminution dans les aliments suivant l'état de la malade.

La seule difficulté qui se soit présentée à la suite de l'application de l'entérotome a été le maintien de l'instrument dans la plus grande immobilité possible. La partie externe, plus lourde que la partie des

branches qui est placée dans l'intérieur de l'intestin, la présence d'un point d'appui central par la branche horizontale du pubis me faisaient craindre un tiraillement fâcheux de la paroi intestinale, et peut-être la séparation prématurée de la partie comprise entre les mors de la pince d'avec celle où résident les nouvelles adhérences. Pour éviter ces accidents, la fille Roman fut mise dans une position presque assise; la cuisse droite fut relevée sur un coussin; l'entérotome fut alors fixé sur la cuisse, qui, devenue parallèle à la direction de l'instrument, le maintint parfaitement dans la direction voulue.

La constriction est augmentée chaque jour jusqu'à ce que les branches arrivent au contact; l'instrument se détache neuf jours après son application. Rien ne vient déranger la marche régulière de cette opération.

Avant de pratiquer l'entérotomie, quelques injections d'eau avaient été pratiquées dans le bout inférieur de l'intestin, afin de préparer cette partie du tube digestif au rétablissement prochain de ses fonctions. Deux jours après la chute de l'entérotome, la malade alla du corps naturellement. Nous cherchons ensuite à favoriser le rétablissement du cours des matières au moyen d'un bandage compressif composé de quelques rondelles d'agaric appliquées sur les ouvertures fistuleuses; par-dessus nous plaçons des compresses graduées, le tout est maintenu par un bandage en spica. Bien que le cours des matières se rétablisse en partie, cependant les pièces formant l'appareil de pansement sont encore souillées et le deviennent de plus en plus à mesure que l'on s'éloigne de l'époque où l'entérotomie a été pratiquée.

25 *novembre*. — Peu à peu l'éperon s'est rapproché de l'ouverture externe; le cours des matières est gêné, sans être interrompu complétement; une bonne partie trouve encore son issue par les ouvertures accidentelles, et il devient évident qu'elles ne pourront être oblitérées sans que le cloaque soit de nouveau agrandi. L'entérotome est de nouveau appliqué de manière à comprendre toute la partie des parois de l'intestin adossées l'une à l'autre et à détruire l'éperon. Le seul phénomène que témoigne la malade au moment de la constriction est la sensation de coliques très-violentes; pas de prostration, de syncope, comme lors de la première opération. Après la chute de la pince, le cloaque n'est plus divisé par l'éperon, ou dans une très-petite étendue; il est très-vaste; les selles deviennent copieuses. La compression est de nouveau établie à l'aide d'un spica, que nous remplaçons bientôt par un bandage herniaire, afin de permettre à la malade de quitter son lit. Le bandage, trop dur d'abord, donne naissance à une inflammation superficielle des téguments; la compression, abandonnée pendant quelques jours, est reprise ensuite; mais si les parties solides trouvent leur cours par les

voies naturelles, les matières liquides impreignent constamment les pièces de l'appareil.

Après plus d'un mois de compression, l'état de la fille Roman est toujours le même (matières solides sortant par l'anus, mais les liquides passant par les ouvertures abdominales). Aidé toujours de mon collègue d'Astro, je procède à la suture de l'intestin au niveau des fistules. Afin de ne pas compromettre le résultat de l'opération, je ne cherche d'abord qu'à oblitérer la fistule externe la plus grande. La seconde ouverture demeurant perméable aux produits liquides empêchera ces produits de se faire jour à travers les points de suture qui vont être appliqués.

J'ai dit déjà que l'ouverture est ovalaire, à grand diamètre vertical, sans entonnoir membraneux, l'intestin se trouvant immédiatement uni à la peau par le bord de la muqueuse. Mon but, en faisant la suture de l'intestin, n'était point de séparer complétement cet organe des téguments et de lui rendre sa liberté dans l'abdomen; je voulais seulement détruire une infirmité, laisser l'intestin adhérent et séparer l'étendue qui m'était nécessaire pour pratiquer la suture. J'incise avec un bistouri au point où la muqueuse intestinale s'unit à la peau, et je détruis ensuite les adhérences qui unissent la séreuse intestinale aux téguments dans toute la circonférence de l'ouverture accidentelle et dans une étendue suffisante pour me permettre d'appliquer des points de suture. Le but que je me propose est de produire l'adossement des deux surfaces séreuses qui viennent d'être séparées des téguments, c'est la méthode de M. Robert dans la suture intestinale; mais comme il n'est point facile dans un aussi petit espace de déterminer le renversement de tout le pourtour de l'intestin, je procède de la manière suivante dans l'application des quatre points de suture placés de bas en haut.

L'aiguille, portant un fil ciré, est enfoncée dans la paroi intestinale (en allant de droite à gauche) de dehors en dedans, c'est-à-dire de la séreuse vers la muqueuse intestinale, à la base de la partie détachée, au niveau du point où l'intestin est encore adhérent aux téguments. La paroi intestinale perforée, je reporte l'aiguille de dedans en dehors, soit de la muqueuse vers la séreuse, sur la même paroi, vers l'extrémité de la portion libre de l'intestin. Passant ensuite à la lèvre opposée au point qui va être uni à la partie déjà perforée par les sutures, je place mes fils en sens inverse, commençant par percer l'intestin à son extrémité libre, je porte l'aiguille de dehors en dedans, puis de dedans en dehors à la base de la partie détachée. L'intestin a été percé ainsi dans quatre points; les chefs de la ligature sont tous les deux en dehors, au niveau du point de l'intestin adhérent à la peau; en tirant alors sur ces deux chefs, les surfaces séreuses viennent s'appliquer l'une contre

l'autre dans toute l'étendue de l'ouverture au moyen des quatre fils qui ont été placés. J'ai obtenu ainsi, en détail, la suture de M. Robert, sans avoir eu, sur une aussi petite surface, la peine de produire et de maintenir le renversement de l'intestin. Cette petite modification à la méthode ordinaire a rendu le manuel opératoire très-facile, très-prompt, et j'ai pu espacer convenablement mes points de suture et éviter la déchirure primitive des parois comprises entre les fils. Après quelques jours, j'enlevai ces points de suture; la réunion était parfaite; peu à peu la peau se réunit à elle-même, toute solution de continuité disparut dans ce point-là, et nous fûmes réduits à la fistule interne, qui donnait encore issue à des matières liquides.

L'heureux résultat obtenu par la suture dans la première et la plus importante des deux fistules devait nous faire espérer d'arriver bientôt à la guérison complète de la malade par l'emploi du même moyen, mais il existait entre les deux ouvertures une différence qui devait mettre un obstacle absolu à un succès semblable. Dans la première ouverture, il y avait union de l'intestin à la peau dans tout le pourtour de la fistule; nous avions pu, en détruisant les adhérences, réappliquer l'une contre l'autre les parois séreuses de l'intestin; mais ici l'ouverture intestinale forme une espèce de sifflet dont l'extrémité, s'unissant à la peau sur le bord externe de la fistule, présente là une lèvre fournie par la muqueuse; mais la lèvre qui devrait être opposée, s'enfonçant dans l'épaisseur des téguments, va adhérer au niveau du ligament de Gimbernat, c'est-à-dire au fond d'une espèce de canal ayant là une assez grande épaisseur. Espérant tout d'abord trouver cette paroi interne moins profondément, j'agrandis l'ouverture extérieure; après avoir décollé la paroi externe de l'intestin, je cherchai à ramener à moi l'autre côté de la paroi intestinale; mais elle s'enfonçait très-profondément; et quand même j'aurais pu détruire les adhérences profondes, je n'aurais point voulu compromettre, en les déchirant, la vie de la malade, dans le but secondaire de la débarrasser d'une infirmité pour le moment très-supportable. Le but pour lequel j'avais été à la recherche de l'intestin étant manqué, je voulus, en renversant la paroi externe détachée, essayer, au-dessus de ce plancher artificiel, de la suture des téguments, tout en faisant part à mon collègue du peu de confiance que j'avais dans ce moyen. Quelques jours après, les points de suture partirent; l'ouverture fistuleuse se reproduisait; la muqueuse venait reprendre sa place sur la lèvre externe, et nous étions rentrés dans les mêmes conditions.

Il fallait abandonner la suture qui nous avait si bien réussi dans la première partie de l'ouverture, j'eus recours alors à la cautérisation par le fer rouge. Je pratiquai la cautérisation dans le double but de

détruire la muqueuse intestinale qui, par sa présence, rendait impossible l'oblitération de la fistule, de déterminer sur tout le pourtour du canal fistuleux une inflammation aiguë et un travail cicatriciel. Je fis faire un cautère portant une pointe sur une assez forte olive. Après trois cautérisations, la muqueuse disparaissait; je cautérisai ensuite une quatrième fois et réduisis ainsi la fistule à la grosseur d'une tête d'épingle.

9 *juin* 1856. — La malade allant partir pour retourner dans son pays, je constate l'état dans lequel elle se trouve : il y a encore une petite ouverture fistuleuse donnant, de temps à autre, passage à une goutte de mucosité. La fille Roman y tient un morceau d'agaric maintenu par un bandage herniaire. Elle a pu demeurer pendant huit jours sans changer la rondelle d'agaric, aussi ne fait-elle plus aucune attention à ce reste d'une infirmité qui l'avait fait se soumettre à tout ce que nous avons pu essayer pour amener la guérison.

Ablation de la presque totalité du maxillaire inférieur (le corps tout entier et la branche gauche, l'ensemble formant une tumeur de près de deux livres), par M. Denucé.

Jean Duroux, berger, âgé de trente-huit ans, demeurant dans les environs de Roquefort (Landes), est entré à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, salle 11, nº 27, le 20 mai 1856.

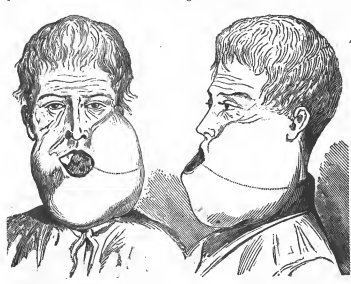
Ce malade est atteint depuis plus de vingt ans d'une affection du maxillaire inférieur, sur les débuts de laquelle il ne donne que des renseignements assez obscurs. Il est constant seulement que vers 1836 il vint une première fois à l'hôpital de Bordeaux, qu'à cette époque il avait une tumeur dépendant de la portion gauche du maxillaire inférieur, et qui fut enlevée par Moulinié, alors chirurgien en chef de l'hôpital, au moyen d'une longue incision partant de la commissure labiale, et dont la cicatrice est encore apparente aujourd'hui. Après cette première opération, le mal ne tarda pas à récidiver, mais se développa très-lentement. Ce n'est, en effet, qu'une dizaine d'années après la première opération que le malade revint à l'hôpital. Quelques personnes qui l'ont vu à cette époque affirment que l'aspect extérieur était dès lors fort analogue à celui qui existe aujourd'hui, toutefois avec un peu moins d'exagération. Il est certain que la maladie avait dès lors pris un tel développement, que les chirurgiens à l'examen desquels il fut soumis jugèrent les conditions mauvaises, et préférèrent ne pas pratiquer d'opération. Pendant les dix années qui suivirent, le mal continua à se développer. Le volume de la tumeur devint plus considérable; la gêne qu'elle entraînait dans les mouvements de déglutition,

plus grande. Enfin une large ulcération, accompagnée d'une suppuration fétide, se produisit dans la bouche. C'est alors qu'insupportable à lui-même aussi bien qu'aux autres, ce malheureux malade vint une dernière fois à l'hôpital, décidé à braver les périls de l'opération et voulant à tout prix guérir ou mourir.

Voici dans quel état je le trouvai :

La constitution ne paraît pas profondément altérée ; le malade est maigre, assez pâle ; mais sa pâleur n'offre pas une teinte terreuse ; les yeux sont vifs, les mouvements prompts, la contraction musculaire vigoureuse ; l'amaigrissement, la décoloration de la peau semblent être plutôt le résultat d'une alimentation insuffisante que l'indice d'un état cachectique.

La tumeur du maxillaire inférieur est très-volumineuse ; elle occupe toute la joue gauche et le menton, qui descend beaucoup plus bas qu'à l'ordinaire et qui en outre est très-saillant. La mesure prise d'une oreille à l'autre en passant par l'extrémité du menton donne une longueur de 47 centimètres, et d'un angle de la mâchoire à l'autre en passant en avant du menton une longueur de 33 centimètres.



Les limites de la tumeur sont à gauche, en haut, une saillie assez prononcée, correspondant au condyle de l'os maxillaire et qui apparaît en avant de l'oreille. En arrière, la tumeur, arrondie, vient se perdre sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Inférieurement, elle s'étend

de l'extrémité du menton qui est libre jusqu'à l'os hyoïde, que l'on distingue avec peine et qui a cependant conservé sa mobilité. A droite, son volume est bien moindre; elle ne remonte guère que jusqu'à l'angle de la mâchoire.

La peau qui la recouvre est lisse, tendue, luisante, sans changement de couleur. Sa consistance est dure, comme cartilagineuse; elle est plus ferme, et véritablement osseuse au-dessous du menton. La peau est fort amincie et libre sur la tumeur, excepté à cette partie inférieure où, dans l'espace de trois travers de doigt environ, elle est complétement adhérente. Cette adhérence se prolonge à droite sur le rebord inférieur du corps du maxillaire. En ce point la tumeur est bien moins volumineuse, mais elle revêt un aspect inflammatoire qui détermine de la rougeur et une vive douleur à la pression.

La bouche reste toujours largement béante; les lèvres sont amincies, tendues, très-allongées et circonscrivent une ouverture buccale considérablement agrandie; celle-ci donne constamment issue à un liquide sanieux et fétide composé de salive et de pus. Lorsque l'on pénètre dans la cavité de la bouche, on constate que toute la moitié gauche du maxillaire inférieur a pris un développement considérable; elle paraît dépourvue de dents. La muqueuse non ulcérée recouvre la tumeur, qui offre la même consistance qu'à l'extérieur. A partir de la ligne médiane, en tirant vers la droite, le corps de l'os maxillaire est également un peu augmenté de volume et dépourvu de ses dents; mais la muqueuse est ulcérée; l'ulcération est profonde, à bords déchiquetés, et formant en arrière du maxillaire, et aux dépens de presque toute la moitié droite du plancher de la bouche, une sorte de cavité constamment pleine de pus, que le malade ne peut vider qu'en penchant la tête. Cette ulcération remonte à deux ans environ. La langue est ramenée en arrière et à droite; elle conserve sa mobilité. Par suite du développement progressif de la partie gauche du maxillaire inférieur, le maxillaire supérieur se trouve refoulé vers la droite par une sorte de déviation de la totalité qui produit une grande dépression sur son bord gauche, un excès de saillie sur son bord droit et une espèce d'angle aigu et proéminent à droite de son extrémité antérieure. Les dents du maxillaire supérieur sont toutes conservées, elles sont déviées comme l'os qui les supporte. Le maxillaire inférieur jouit encore de quelques mouvements d'avant en arrière, qui se passent dans l'articulation temporo-maxillaire, mais qui paraissent très-bornés.

On conçoit, avec de tels désordres, combien le visage de cet homme devait être repoussant; combien les fonctions de mastication, de déglutition et de phonation devaient être gênées; combien, en un mot, la vie devait lui être à charge!

Malgré une première récidivo, malgré l'état d'ulcération de la tumeur, d'après la marche lente du mal, sa consistance, son aspect extérieur, et, au milieu de tous ses désordres, la conservation de la santé générale, je diagnostiquai une tumeur fibreuse ou cartilagineuse.

Bien convaincu de ce premier point, m'étant assuré en second lieu que les limites de la tumeur étaient partout faciles à retrouver, que dans le point où elle semblait le plus confondue avec les parties profondes, au niveau de la base de la langue et des parois latérales du pharynx, on pouvait encore reconnaître l'indépendance de ces parties en faisant exécuter le mouvement de déglutition, je ne m'arrêtai plus devant l'étendue du mal et je me décidai à l'opération.

C'est le 27 mai que je la pratiquai. Je fis d'abord une longue incision partant de l'articulation temporo-maxillaire gauche, venant passer en avant de l'os hyoïde, et remontant à droite à peu près aussi jusqu'au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite. Une seconde incision passant près de la pointe du menton, et formant avec la partie sous-mentale de la première une ellipse, me permit de circonscrire toute la portion de peau adhérente à la tumeur. Une troisième incision partant du milieu de la lèvre inférieure vint tomber perpendiculairement sur les deux précédentes. Ceci fait, je disséquai dans une certaine étendue les deux lambeaux carrés formés par la lèvre inférieure. La partie moyenne de la tumeur étant ainsi mise à découvert, je pénétrai dans l'intérieur de la cavité buccale, et ayant passé un fil à l'extrémité de la langue pour me permettre de la maintenir et de la soulever, je circonscrivis, par une incision semi-circulaire, la portion du plancher buccal que l'ulcération me permettait de conserver. Par le moyen de cette incision, je disséquai, dans une certaine étendue, la base de la langue; puis à l'aide d'un instrument aigu et d'un stylet aiguillé recourbé, je fis pénétrer un fil, de la région sus-hyoïdienne dans la cavité buccale, en avant des muscles hyoglosse et constricteur du pharynx et entre les muscles génioglosse et génio-hyoïdien. Ce fil me permit de faire passer la scie à chaîne, avec laquelle je divisai l'os maxillaire ainsi que la production morbide développée dans son intérieur; continuant alors la dissection de la peau à gauche sur la région génienne, je mis à découvert la surface ostéo-fibreuse de la portion gauche de la tumeur. Saisissant alors cette portion elle-même, je la séparai de la paroi buccale et pharyngienne; je la renversai un peu en arrière et il me fut alors possible d'opérer la désarticulation sans trop de difficulté. Quelques artères, qui avaient été coupées dans les divers temps de cette première partie de l'opération, furent facilement liées. Je me mis en devoir alors d'enlever la portion de la tumeur laissée à droite. A l'extérieur comme à l'intérieur je ne fis qu'une demi-dissection. Il me

fut facile alors de constater, comme je l'avais supposé d'après l'examen du malade, que la branche de la mâchoire de ce côté était saine; à l'aide de la scie à chaîne, j'opérai la section au niveau de l'angle de la mâchoire. Dans ces diverses dissections, il ne m'a pas été possible de distinguer la couche périostale de l'os, encore moins de la séparer dans toute son étendue. Les ligatures placées, je fis les sutures suivantes : 1° deux sutures entortillées à droite et à gauche sur les deux branches verticales de la grande incision ; 2° une suture entortillée sur l'incision médiane de la lèvre ; 3° une demi-suture enchevillée entre la base de la langue et le tégument de la région hyoïdienne ; c'est-à-dire qu'un fil passé à travers la base de la langue est venu ressortir sur deux points du tégument et que ses deux bouts ont été ramenés et noués sur un rouleau de charpie; 4° une suture à points passés sur la portion horizontale de la grande incision, à cause de la difficulté de passer des épingles dans ce point, qui se trouvait tout à fait dans le fond de l'angle que la région mentale forme avec la région du cou.

La production morbide, examinée après son ablation, se présente sous la forme d'une tumeur, développée dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur. Elle occupe toute la branche gauche, la partie gauche du corps ainsi que les deux tiers antérieurs du côté droit. La portion gauche offre (du condyle gauche à la symphyse) une longueur de 21 centimètres environ et une épaisseur de 10 centimètres. Le poids total est de 800 grammes. Assez résistante dans la plus grande partie de son étendue, elle semble formée par une expansion du tissu osseux aminci de manière à former une vraie coque à la face inférieure de laquelle reste attachée la portion de peau devenue adhérente. Dans quelques points la coque a disparu pour faire place à un tissu de consistance fibreuse. Toute cette surface extérieure présente des sillons et des inégalités en rapport avec les organes du voisinage. Le bord alvéolaire et le bord inférieur se perdent dans la forme cylindrique de l'os malade ; le premier se reconnaît à deux dents qui sont restées implantées. A l'extrémité supérieure on retrouve le condyle, avec ses dimensions et sa forme ordinaires; mais immédiatement au-dessous de la surface d'incrustation, l'os est comme soufflé. L'apophyse coronoïde a pris la forme d'un mamelon à peine saillant. La portion droite présente un volume de moins en moins considérable ; c'est la même lésion qui va s'amoindrissant; seulement sa face interne, ainsi que celle de l'extrémité inférieure de la portion gauche, est ulcérée et présente une cavité avec ramollissement qui pénètre dans le tissu intérieur de la production morbide. En fendant la portion gauche dans toute sa longueur, on constate que sous une coque osseuse, extrêmement mince et friable, existe un tissu d'apparence cartilagineuse, ou mieux, fibroïde, d'une consis-

tance variable d'un point à l'autre, mais toujours assez dense, excepté dans l'endroit où siége l'ulcération, et contenant, épars çà et là, quelques îlots osseux. Le microscope a montré que ce tissu était de nature fibreuse, avec quelques corpuscules de cartilage perdus dans sa trame. Les suites de l'opération ont présenté les particularités suivantes :

1° Il y a eu fort peu de réaction, à peine un peu de fièvre traumatique les deuxième et troisième jours.

2° Du sixième au huitième jour (du 2 au 4 juin) les épingles ont été enlevées. La réunion est complète à droite et à gauche; la suture entortillée médiane n'a amené de réunion que dans sa partie postérieure. En avant, il reste un vrai bec-de-lièvre. Cela tient sans doute à un accident survenu du côté des lèvres. Nous avons dit dans l'observation que les lèvres étaient extrêmement tiraillées, que l'ouverture buccale était considérablement élargie ; en outre, qu'une première opération avait été pratiquée à l'aide d'une longue incision horizontale partant de la commissure labiale. Or, le lambeau gauche s'est trouvé principalement composé d'une portion de téguments qui n'était reliée aux autres parties de la face que par la cicatrice qui avait succédé à cette incision. De là une grande diminution dans sa vitalité, et, par suite, une sorte d'œdème qui est survenu dans toute son épaisseur, qui a empêché le retrait de cette portion de lèvre, et a entravé sa réunion avec la portion de lèvre opposée. Le 4 juin, le fil qui fixait la langue contre le nouveau plancher de la bouche a également été enlevé, ainsi que les sutures à point passé. La langue reste maintenue dans sa nouvelle position ; à droite, dans une étendue de 2 centimètres, la suture à points passés n'a pas amené de réunion, il reste une fente par laquelle la salive, le pus et les liquides introduits dans la bouche passent à l'extérieur.

3° Dans les premiers jours, le malade a dû être nourri à l'aide de la sonde œsophagienne. Les premières introductions en ont été pénibles ; peu à peu il s'y est habitué. Au bout de quelque temps il avait réussi à l'introduire lui-même et à ingérer par ce canal toute espèce d'aliments liquides ; des bouillons, des potages au tapioca, du vin, etc. Il a ainsi vécu jusqu'au 4 juillet, c'est-à-dire pendant plus d'un mois.

Pendant ce temps, des phénomènes intérieurs se sont passés du côté des plaies incomplétement réunies à l'origine. Dans les premiers temps, une suppuration assez abondante existait dans l'intérieur de la bouche. Elle s'écoulait en partie par la fente persistante du plancher de la bouche et nécessitait des injections nombreuses dans la cavité buccale. Quand la suppuration est devenue moins abondante, j'ai songé à fermer ce trajet fistuleux par lequel la salive et les liquides alimentaires se répandaient à l'extérieur. Le 25 juin, les bords ont été avivés

et réunis par une suture entortillée. La réunion n'a pas été complète encore ; il est resté un pertuis beaucoup moins considérable, par lequel les liquides buccaux sortaient encore, mais qui a été toujours se rétrécissant, jusqu'au 20 juillet où, sans l'intervention d'une nouvelle opération, il s'est trouvé complétement oblitéré.

L'œdème de la lèvre inférieure, survenu dès l'origine, a persisté également avec une incroyable ténacité. Il s'accroissait encore de la position déclive du lambeau. J'ai essayé de soutenir celui-ci, de le relever avec des bandelettes, avec une mentonnière appropriée ; rien n'y a fait. Par suite de cet œdème, outre la persistance d'un bec-de-lièvre sur la partie moyenne de la lèvre inférieure, il était encore arrivé que la lèvre inférieure, ne subissant aucun retrait, restait tombante et laissait la bouche largement et constamment béante. Ce dernier phénomène était d'autant plus prononcé, que j'avais été forcé de faire subir une grande perte de substance à la région sous-mentale ; ce qui attirait encore en bas la lèvre inférieure. Pour obvier à ces divers inconvénients, le 4 juillet j'avivai le bord droit du bec-de-lièvre, et j'emportai un grand triangle de substance sur le lambeau gauche œdématié. La réunion fut faite encore avec des épingles, et obtenue définitivement.

De ce jour, la plupart des fonctions se rétablirent. La langue avait conservé une assez grande mobilité ; la lèvre inférieure, ramenée et tendue sous la lèvre supérieure, permettait l'occlusion de la bouche. Par suite de la soustraction d'une grande portion du lambeau labial et du rétablissement de la circulation à travers la cicatrice d'union obtenue, l'œdème de la lèvre a diminué d'abord et bientôt disparu ; la fistule du cou était réduite à l'état de pertuis et sur le point de se fermer (20 juillet). Dès lors le malade, débarrassé de sa sonde œsophagienne, commença à manger des aliments demi-solides, et même solides, préalablement réduits en bouillie, ou hachés. La parole devint nette et intelligible ; la santé générale reprit toute sa vigueur, et la physionomie un aspect supportable.

La figure était toutefois un peu proéminente à droite, à cause de la déviation du maxillaire supérieur. Cette saillie de la joue droite entraînait la présence d'un sillon naso-labial exagéré. Le menton manquait à peu près. La cause en était due à l'énorme perte de substance que nous avions été obligé de faire subir à la peau de la région sous-mentale. Toutefois, la rétraction de la cicatrice qui reliait la lèvre inférieure à la région du cou avait amené une sorte de creux, en avant duquel la lèvre inférieure venait faire saillie en formant une apparence de menton. Vu cette disposition de la lèvre, une prothèse dentaire nous a paru peu applicable dans ce cas. Les cicatrices étaient cachées par la barbe ; et avec un col droit et une cravate haute la difformité de la face pouvait

être suffisamment dissimulée. Le malade est sorti de l'hôpital le 31 juillet, complétement guéri. Des nouvelles ultérieures m'ont, quelques mois après, confirmé sa guérison.

Quelques points me paraissent surtout mériter de fixer l'attention dans cette observation :

1° La nature fibreuse de la tumeur est attestée par son développement, son aspect extérieur et son examen microscopique, et néanmoins, la récidive survient après une première opération, et l'ulcération avec ramollissement se produit à la dernière période de l'affection. La récidive me paraît ici tenir à une cause particulière. La première opération a dû être considérable, comme l'indique la cicatrice qui persiste; malgré cela, l'os, quoique gonflé, paraît intact. Il est donc probable que l'on a enlevé une sorte d'excroissance de l'os, laquelle avait des racines dans l'intérieur de celui-ci, et que le mal n'a été enlevé qu'en partie. Quant à l'ulcération, l'observation montre qu'elle peut apparaître dans les tumeurs fibreuses, seulement après un temps beaucoup plus long que dans les maladies cancéreuses. L'affection datait ici de vingt-cinq ans environ.

2° Je rappellerai le volume énorme de la tumeur : elle donnait à la partie inférieure de la face une demi-circonférence de 47 centimètres; elle pesait près d'un kilogramme. Dans la première observation d'ablation totale de la mâchoire, de M. Maisonneuve, qui offre quelque analogie avec celle-ci (*Gazette des hôpitaux* du 20 mai 1856), la tumeur était un peu moins volumineuse; elle était de la grosseur du poing. Comme dans mon observation, l'un des côtés du maxillaire était beaucoup plus développé que l'autre; le mal dans ce dernier n'atteignait également qu'une partie du corps, et nullement la branche; contrairement à ce qu'a fait M. Maisonneuve, j'ai préféré ne faire qu'une seule désarticulation et n'enlever que les quatre cinquièmes de l'os. Le grand volume de la tumeur avait amené un grand amincissement et une sorte d'élongation de la peau; d'autre part, les progrès de la maladie avaient déterminé l'adhérence de la peau et l'ulcération de la muqueuse dans une grande étendue; en conséquence, j'ai dû faire subir une grande perte de substance aux parties molles; puis elles n'ont pas éprouvé, à cause de cette élongation, à cause de l'œdème survenu dans une portion des lambeaux, par suite du défaut de circulation à travers l'ancienne cicatrice, le retrait sur lequel j'avais droit de compter; j'ai dû recourir, pour obvier à ces divers inconvénients, à des opérations secondaires, à l'aide desquelles j'ai pu rendre l'aspect de la face supportable, et sauf la mastication, rétablir la plupart des fonctions buccales. Mais par le fait de la rétraction des cicatrices et des petites dimensions de la portion de peau qui était destinée à former la lèvre,

le menton, la région sous-mentale, je doute qu'il eût été possible d'appliquer avec avantage un appareil de prothèse.

3° On est frappé après une pareille opération du peu de gravité des accidents généraux. Il y aurait une curieuse statistique à faire sur les opérations pratiquées sur la mâchoire inférieure : elle est impossible en ce moment; les succès seuls ont été généralement enregistrés. Pour ma part, j'ai pratiqué trois fois la résection du maxillaire inférieur. J'ai très-présentes à la mémoire sept opérations analogues que j'ai vu faire. Sur ces dix cas, il en est trois dans lesquels la désarticulation de l'un des condyles a été pratiquée; sur le total il y a trois morts, qui tous trois appartiennent aux cas dans lesquels une portion d'os a été enlevée de toutes pièces dans la continuité de l'os. Il m'en est resté cette impression que je n'ose pas ériger en proposition, « *que la résection du maxillaire inférieur est moins grave quand on désarticule l'un des condyles et même peut être les deux, que quand on enlève une portion d'os par une double section dans sa continuité.* »

Sur la nature du cancroïde, par le docteur Oscar Heyfelder, agrégé à la Faculté de Médecine d'Erlangen (1).

Le cancroïde (cancer épithélial) est rangé par les uns parmi les cancers, tandis que les autres en font une maladie à part, en s'appuyant sur des observations pratiques et des recherches microscopiques.

En examinant de près les uns et les autres, et surtout en comparant les observations nombreuses que j'ai eu l'occasion de faire à la clinique d'Erlangen, je suis arrivé à ce résultat, qu'il n'y a pas de *différence essentielle entre le cancroïde et le cancer.*

Pour bien en juger, il faut comparer l'ensemble de leurs caractères,

(1) Le Mémoire de M. Heyfelder, adressé à la Société le 24 mai 1854, fut le jour même remis à une commission qui fit son rapport, dans la séance du 16 août 1854, par l'organe de M. Broca. Le 30 août, après avoir adopté les conclusions de la commission, la Société décida que le Mémoire de M. Heyfelder et le rapport de M. Broca seraient renvoyés au comité de publication pour paraître dans les *Mémoires*.

Séance tenante, le rapporteur déposa sur le bureau son travail et celui de M. Heyfelder, mais par suite d'une erreur fâcheuse, ces deux manuscrits ne furent pas remis au comité; ils furent déposés aux archives, où ils sont restés égarés pendant plus de cinq ans.

Ils ont été retrouvés tout récemment, et le bureau de la Société, jugeant qu'ils avaient déjà subi un retard assez long, a résolu, après avoir pris l'assentiment du comité de publication, de les faire paraître immédiatement dans les *Bulletins*, sans attendre l'époque encore indéterminée où le prochain fascicule des *Mémoires* sera mis sous presse.

(*Note du secrétaire annuel.*)

prendre les différentes formes du cancer, le squirrhe, le cancer médullaire, l'encéphaloïde, le cancer gélatiniforme, le cancer villiforme (Zattenkrebs) et les comparer tous avec le cancroïde.

Ceux qui font du cancer épithélial une classe à part se fondent d'abord sur la différence des éléments microscopiques, et prétendent que le vrai cancer consiste en cellules, qui sont spécifiques à cette maladie; tandis que le cancroïde ne montre que des cellules épithéliales.

Mais c'est une singulière erreur que de parler des éléments spécifiques du cancer. Les cellules, qui sont les eléments prédominants du sarcome médullaire, offrent une grande variété de formes, et sont ou rondes, ou fusiformes, ou ovalaires, ou douées d'un et même de plusieurs appendices; elles sont enfin ou des cellules simples ou des cellules mères, qui toutes trouvent leurs formes correspondantes dans les cellules des tissus embryonaux, dans les éléments épidermiques et dans les cellules du cartilage.

Par conséquent, le tissu cancéreux montre une grande variété de formes; mais ces formes n'appartiennent point uniquement au cancer; elles sont les *répétitions des formes physiologiques*. De plus, ce n'est que le cancer médullaire et l'encéphaloïde qui présentent des cellules; car le squirrhe est entièrement composé de fibres.

D'après ce que nous venons de dire, il n'y a pas d'éléments spécifiques du cancer. Seulement l'on peut soutenir que les éléments dont il se compose sont les plus développés, ils le sont plus par exemple que ceux des tumeurs tuberculeuses, etc.

Comparons maintenant les caractères des éléments microscopiques du cancroïde avec les précédents. Celui-ci est composé entièrement de cellules, qui ne sont que les répétitions des cellules épidermiques de l'état normal. Donc elles *équivalent* aux fibres et cellules élémentaires des autres espèces de cancer, et même il y a plus de ressemblance, quant aux éléments microscopiques, entre le cancroïde et le sarcome médullaire ou l'encéphaloïde, qu'entre ce dernier et le squirrhe ou le cancer villiforme.

Quant à l'analyse chimique du cancer et du cancroïde, elle n'a donné aucune différence entre ces deux formes. C'est le résultat des recherches de plusieurs chimistes, entre autres de M. de Bibra et de M. de Gorup dans une cinquantaine de cas rapportés dans les comptes rendus de la clinique chirurgicale d'Erlangen, par M. Heyfelder père, depuis 1846 à 1853 (Oppenheimers Zeitschrift 1848, Prager Vierteljahrschrift Bd XXXI 1849, Deutsche Klinik 1850-53), et reproduits par M. Lebert dans son Traité pratique des maladies cancéreuses (page 47-50). Sans vouloir attacher trop d'importance à un résultat négatif, j'ai dû le citer pour faire voir qu'il est d'accord avec notre doctrine.

Les adversaires de cette doctrine se basent encore sur la différence du siége de la maladie. Pendant que le squirrhe et le cancer médullaire affectent tous les organes et tous les tissus, le cancroïde siége dans la plupart des cas dans la peau ou dans les muqueuses; mais c'est une grande erreur que de croire à l'immunité des autres organes. Il est constaté que l'on trouve le cancroïde dans les os. C'est dans le foie que *Rokitansky* l'a rencontré. C'est dans les glandes lymphatiques, c'est même dans les poumons que *Virchow* dit avoir vu le cancroïde. Le cancroïde n'appartient donc pas exclusivement à la peau, aux membranes muqueuses, il peut envahir, quoique à un moindre degré de fréquence, les organes les plus différents. Supposé même qu'il affectât certains organes exclusivement, il ne serait pas moins analogue aux autres formes du cancer; car le cancer villiforme n'a été trouvé jusqu'ici que dans la vessie et rarement au col de la matrice. (*Gerlach*, *Rokitansky*).

Un autre point de rapport entre le cancer et le cancroïde, c'est que les parties affectées de préférence par l'un et l'autre sont identiques; ainsi le col de la matrice, la langue, les lèvres.

Quant à la marche du cancer épithélial, elle offre une ressemblance très-prononcée avec celle du cancer. Dans la plupart des cas, on observe une tumeur dure, circonscrite, laquelle reste longtemps sans se développer. Tout à coup une inflammation a lieu dans une partie de la tumeur. Celle-ci augmente de volume et finit par s'ulcérer. L'ulcère, dont les rebords sont gonflés, présente la forme d'un cratère; la sécrétion est aqueuse et corrosive. Dans la marche de la maladie, les tissus voisins sont rongés par le pus ou s'atrophient par la compression.

Le point essentiel auquel les adversaires de l'identité de ces deux formes donnent la plus grande importance, c'est la récidive après l'extirpation.

Après la découverte des cancroïdes, on prétendait que ceux-ci ne faisaient point de récidives; ce qui n'a point été justifié par l'expérience. D'ailleurs l'authenticité de ce fait serait très-difficile à prouver, puisque les opérés une fois sortis de l'hôpital ne se présentent plus ordinairement à leur premier médecin. Par conséquent, l'on ne peut pas compter parmi les malades guéris sans récidives tous ceux qui ne reviennent pas de nouveau consulter le médecin.

A peine trouverait-on ailleurs une occasion plus favorable pour contrôler les récidives des opérés qu'à la clinique d'Erlangen. Ordinairement nous nous informons de l'état de santé de nos opérés, très-souvent même nous les faisons venir à l'hôpital plusieurs mois ou même plusieurs années après l'opération. De cette manière, nous avons pu constater que la plupart des malades auxquels l'on avait excisé des cancroïdes ont été sujets à des récidives. Ce qui a été confirmé par

plusieurs cliniciens français et allemands. Donc, pour le cancroïde comme pour les autres variétés du cancer, la récidive est une règle et la guérison complète est une exception. Car s'il y a des cas constatés de guérison complète pour le cancroïde, il y en a aussi pour le cancer.

Au lieu de répéter des cas observés par d'autres, j'en communiquerai quelques-uns observés dans la clinique d'Erlangen.

1° En 1845, un garçon âgé de trois ans, George Riedel, fut reçu dans le service de notre hôpital. Il s'était toujours bien porté; trois mois auparavant seulement, une tumeur s'était montrée au milieu de la mâchoire supérieure gauche; cette tumeur, en se propageant sur la joue entière, avait comprimé le nez et l'œil gauche. La tumeur, qui était immobile, dure, ramollie seulement du côté du nez, paraissait naître du périoste de l'os maxillaire supérieur. Le 22 décembre 1845, la tumeur fut enlevée en même temps que la paroi antérieure de l'os maxillaire supérieur, à laquelle elle était adhérente dans toute son étendue.

Le pseudoplasme avait tous les caractères du sarcome médullaire; il se composait, d'après l'examen microscopique, de grandes cellules rondes et de *cellules à appendices* interposées dans des couches de fibres.

Le 24 janvier 1846, la plaie fut cicatrisée sans laisser de grande difformité, et le malade sortit guéri de l'hôpital.

Le 30 août 1853, le garçon, alors âgé de 10 ans, fut appelé à la clinique pour constater l'effet de l'opération. Il était bien portant et ne montrait aucune trace de récidive.

2° *Marguerite Distler*, âgée de 36 ans, fut prise de douleurs véhémentes des deux premières dents molaires du côté gauche, qui ne portaient aucune trace de carie. Peu de temps après ces deux dents furent déplacées par une tumeur qui se développait très-vite, qui saignait facilement, qui empêchait la mastication, les mouvements de la langue et même la respiration. Le 16 février 1848, la malade entra dans la clinique de M. Heyfelder père. La tumeur avait tellement grandi qu'elle remplissait la moitié de la bouche, se prolongeant jusqu'au milieu de la langue et jusqu'à la luette, qu'elle refoulait la joue en avant et qu'il y avait impossibilité de fermer la bouche. Elle se composait de trois parties séparées par de profondes incisures, mais adhérentes à un pédicule commun, qui sortait avec deux racines de la première et de la seconde alvéole. L'excision de la tumeur ne rencontra aucune difficulté, mais en poursuivant sa racine, l'on fut obligé d'enlever l'apophyse alvéolaire et la partie inférieure de la paroi antérieure de l'antre d'Higmor.

L'origine de la maladie se trouvait dans l'intérieur des alvéoles mêmes, d'où elle s'était propagée en bas dans la bouche et en haut

dans l'antre d'Higmor. Comme pour l'ablation de l'apophyse alvéolaire de l'os maxillaire on n'avait fait aucune incision dans les parties molles, la malade put quitter l'hôpital, guérie, 12 jours après.

Depuis cette époque jusqu'au mois de septembre 1853, où nous avons revu la femme, nulle récidive n'a eu lieu.

La tumeur, qui était d'une consistance assez dure, montrait sous le microscope d'abord une masse amorphe dans laquelle se trouvaient interposés nombre de noyaux, de cellules rondes, fusiformes et à appendices.

D'après ce résultat des recherches microscopiques comparé avec la rapidité du développement, avec les douleurs qu'elle occasionna, la nature cancéreuse de la tumeur paraît être hors de doute.

Voilà deux cas dans lesquels, l'un 8, l'autre 6 ans après l'extirpation d'un cancer, nulle récidive n'est survenue, que, par conséquent, j'ose compter parmi les guérisons complètes.

Nos adversaires, ne cédant le terrain que pas à pas, ont cru trouver une autre différence dans l'époque où surviennent les récidives du cancer et du cancroïde.

Le cancer, d'après eux, devrait récidiver à une époque plus rapprochée de l'opération que le cancroïde. Il est vrai que le cancer, quand il a existé longtemps dans l'organisme, fait quelquefois ses récidives avec une rapidité étonnante; tandis que les récidives du cancroïde se montrent seulement quelques mois ou un an après et même plus tard. Cependant nous ne manquons pas d'exemples qui prouvent aussi le contraire. Nous avons eu des malades qui ont présenté des récidives déjà quinze jours, trois semaines après l'extirpation d'un cancroïde; tandis que d'autres, après l'opération d'un cancer fibreux ou médullaire, sont restés longtemps bien portants, et n'ont eu de récidive que plusieurs années après. Par exemple, le malade sur lequel M. Heyfelder père fit pour la première fois l'ablation totale des deux os maxillaires supérieurs pour un cancer resta très-bien guéri pendant longtemps, et ne mourut que presque 2 ans après d'une récidive.

La récidive sur place n'est pas caractéristique non plus pour le cancroïde, quoiqu'elle soit dans la règle. Mais, d'après des observations de MM. Velpeau, Vogel, Virchow et d'autres, les récidives du cancroïde ont quelquefois lieu à des endroits éloignés du premier siége de la maladie, et même M. *Lebert*, un de nos adversaires, cite des cas où la récidive a eu lieu dans les glandes lymphatiques après l'extirpation d'un cancroïde. Nous avons nous-mêmes observé des cancroïdes survenus au cou, à la joue après l'extirpation d'un cancroïde de la lèvre; *Rokitansky* et *Dittrich* disent avoir vu des récidives envahir les os après l'extirpation d'un cancroïde de la peau. De l'autre côté, la science ne

manque pas d'exemples où le cancer n'occasionna pendant une longue série d'années que des récidives sur place.

Ainsi en 1847, un malade vint à la clinique, portant un fongus médullaire à l'épaule droite. La tumeur étant excisée, l'examen microscopique confirma complétement le diagnostic que nous avions établi avant l'opération.

Quelques semaines après le malade retourna chez lui.

Ce fut au bout de deux ans qu'il revint à l'hôpital, portant deux tumeurs grosses comme des œufs de poule, justement dans la cicatrice. Elles furent enlevées et reconnues pour être de la même nature que la première. Depuis ce temps le malade est revenu trois fois. Les récidives siégeaient toujours dans la cicatrice ou très-près d'elle, sans que nul autre organe du corps y participât et sans que la santé en général fût altérée. Au contraire il se sentait fort, travaillait, mangeait bien et avait de bonnes couleurs.

D'après les exemples cités, il serait difficile de soutenir encore que le cancroïde ne se reproduit que dans le même endroit, tandis que le cancer fait ses récidives dans des organes très-éloignés, ce qui revient à dire que l'un est une maladie générale, l'autre une maladie tout à fait locale.

Il y a encore un point qui me paraît être essentiel pour prouver la plus grande parenté entre le cancer et le cancroïde, même un rapport entre ces deux formes comme entre le squirrhe et le sarcome médullaire : c'est leur combinaison sur le même individu. Les éléments du cancroïde se trouvent dans une tumeur à côté des éléments du cancer médullaire. Par exemple la tumeur du col de la matrice, en forme de chou-fleur (Klarke), se compose tantôt exclusivement des éléments du cancer, tantôt de ceux du cancroïde; tantôt enfin les uns et les autres sont réunis ou même encore combinés avec les éléments du *cancer villiforme* (Dittrich).

De même que nous voyons le cancer et le cancroïde réunis dans la même tumeur, de même aussi il y a des exemples de la reproduction d'un cancer après l'extirpation d'un cancroïde; ce qui est tout à fait analogue aux récidives du sarcome médullaire après l'extirpation d'un squirrhe.

Joseph Pfister, âgé de 52 ans, fut opéré au mois de novembre 1849 d'un ulcère cancéreux qui siégeait à la lèvre inférieure. D'après l'examen microscopique, les éléments du pseudoplasme enlevé étaient des cellules épidermiques, donc c'était un cancer épithélial. A la fin du mois d'avril, où le malade rentra à la clinique, on constata une tumeur irrégulière, très-douloureuse près de la cicatrice. Elle fut excisée comme la première, et l'examen microscopique mit hors de doute que nous avions fait à présent l'excision d'un cancer *fibreux*.

Christophe Schmidt, âgé de 58 ans, souffrant depuis un an d'un ulcère cancéreux de la lèvre inférieure, en fut débarrassé par l'excision le 20 novembre 1851. Au mois de février de l'année suivante, la partie inférieure de la cicatrice devenait le siége de douleurs lancinantes ; ensuite une tumeur s'y forma, qui plus tard s'ouvrit et finit par se transformer en un ulcère, qui montrait tous les caractères d'un cancer. Le 7 juillet, le malade vint chercher secours à l'hôpital d'Erlangen. Il fut opéré, et l'on constata par le microscope la nature du pseudoplasme comme cancer fibreux.

D'après tout cela, nous nous résumons en disant que le cancroïde doit être rangé parmi les cancers. C'est trop peu que de vouloir lui assigner une place entre les tumeurs bénignes et malignes ; car non-seulement il correspond au cancer, au point de vue des éléments microscopiques, de son apparence extérieure, de son développement ; — mais il n'en peut pas être séparé non plus, à cause de sa nature, qui n'est pas bénigne, mais qui, par ses récidives sur place et ailleurs, par sa combinaison avec les autres espèces du cancer, doit être regardée comme maligne.

Nous ne voyons donc dans *le cancroïde qu'une forme de cancer spéciale et coordonnée au cancer fibreux, villiforme, gélatiniforme, etc., mais dans tous les cas appartenant à la classe des cancers.*

Rapport sur le travail précédent, présenté par M. Broca au nom d'une Commission composée de MM. Danyau, Lenoir et Broca, rapporteur.

Lu à la Société de Chirurgie le 16 août 1854.

Le travail manuscrit que M. Oscar Heyfelder nous a adressé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger renferme l'exposition claire et précise d'une doctrine qui compte en l'étranger comme en France, et jusque dans le sein de notre société, un grand nombre de partisans. Convaincu, pour ma part, que cette doctrine est erronée, je vous demanderai la permission de saisir cette occasion pour la réfuter.

J'ai hésité quelque peu avant de m'y résoudre. L'estime sincère que je professe pour M. Oscar Heyfelder et les bonnes relations que j'ai eues avec lui pendant son séjour à Paris me font désirer vivement qu'il obtienne vos suffrages, et j'ai pu craindre un instant que mon argumentation fût interprétée dans un sens défavorable à sa candidature. Mais je me suis bientôt rassuré en songeant que les opinions de M. Heyfelder sont celles de beaucoup d'entre vous, que la plupart des chirurgiens les partagent encore, et que mes objections s'adresse-

ront moins à lui qu'à l'école dont il s'est fait l'interprète. Je pourrai donc m'exprimer en toute liberté, je discuterai avec lui comme s'il était déjà notre collègue, bien certain que vous ne vous méprendrez pas sur mes intentions, et je dois vous prévenir avant tout que, si je renvoie continuellement au mémoire de M. Heyfelder, si je le prends comme point de départ d'une discussion générale, c'est parce que la doctrine qui y est exposée ne se trouve formulée nulle part avec autant de précision et de méthode. Toutes les parties de ce travail s'enchaînent d'une manière logique et concourent vers un but commun sans ambages ni réticences. L'auteur, en homme loyalement convaincu, n'a pas cherché à embarrasser ses adversaires dans les détours d'une phraséologie nébuleuse. Il semble s'être proposé au contraire de simplifier leur tâche en ne laissant planer aucune incertitude sur le sens de ses paroles.

Son intention, ainsi qu'il l'annonce dès le début, est de montrer qu'il n'y a pas de différence essentielle entre le cancer proprement dit et le cancroïde qu'il nomme cancer épithélial. Il s'efforce donc de prouver successivement qu'au point de vue de la structure microscopique, de la composition chimique, du siége, de la marche locale, et des récidives, les cancers et les cancroïdes se ressemblent assez pour mériter d'être considérés comme une seule et même maladie.

Vous savez déjà, Messieurs, que les opinions de votre rapporteur sur ces diverses questions diffèrent entièrement de celles-là. Ce n'est donc pas une simple analyse que je vais vous présenter. A mesure que j'exposerai devant vous les arguments invoqués par M. Heyfelder, je m'efforcerai de les réfuter, ou du moins de les apprécier à leur juste valeur.

Mais, avant d'entrer dans le cœur du sujet, permettez-moi d'abord de circonscrire nettement la question, pour empêcher la discussion de s'égarer sur un terrain étranger au débat. Il importe beaucoup de déterminer d'une manière précise le sens du mot *cancroïde*. Pour M. Heyfelder, comme du reste pour la plupart des anatomo-pathologistes modernes, la dénomination de cancroïde doit être appliquée seulement aux tumeurs dont la base est constituée par des cellules épithéliales ou épidermiques. Nous préférerions beaucoup pour notre part que ce nom fût remplacé par celui d'*épithélioma* que M. Hannover a choisi, et qui a l'avantage d'exprimer la nature anatomique de la tumeur. Mais le mot cancroïde ayant jusqu'ici prévalu autour de nous, nous continuerons à nous en servir. Quoi qu'il en soit, il y a synonymie complète, dans le langage actuel, entre les mots *cancroïde*, *épithélioma*, et *tumeur épithéliale*.

Quelques personnes cependant, faute d'avoir suffisamment étudié la

question, ou pour toute autre cause, préfèrent rester fidèles à l'étymologie et désigner sous le nom de cancroïde tous les *pseudocancers*, c'est-à-dire toutes les tumeurs qui, sans être cancéreuses, ressemblent au cancer par un certain nombre de caractères, et sont dès lors susceptibles d'être confondues avec lui. C'est ainsi qu'on entend quelquefois parler de cancroïdes fibreux, de cancroïdes fibroplastiques. Les ennemis des doctrines modernes ont le plus grand intérêt à conserver cette confusion qui leur fournit un argument en apparence décisif. Il est bien reconnu aujourd'hui, en effet, que les tumeurs épithéliales, envisagées au *point de vue de leur marche locale*, ne diffèrent des tumeurs cancéreuses par aucun caractère absolu; — et il est reconnu encore que les tumeurs fibroplastiques partagent avec le cancer le funeste privilège de pouvoir *se généraliser dans l'organisme*. Cela posé, je dis que nos adversaires ont intérêt à confondre les tumeurs épithéliales et les fibroplastiques dans un même groupe, auquel ils donnent le nom général de cancroïdes. Cette classification arbitraire et artificielle étant une fois admise, il leur est facile en effet de soutenir l'identité du cancer avec ce qu'il leur plaît d'appeler le cancroïde. Le cancer, disent-ils, est caractérisé par deux ordres de phénomènes, les uns locaux, les autres généraux. Les accidents locaux ont-ils leurs analogues dans l'évolution du cancroïde? Oui, répondent-ils, et ils invoquent, à l'appui de cette ressemblance, l'exemple des tumeurs *épithéliales*. — Les accidents généraux du cancer, sa nature diathésique peuvent-ils se retrouver dans le cancroïde? Oui, répondent-ils encore, et comme preuve ils citent l'exemple des tumeurs *fibroplastiques*. Par suite de cette confusion trompeuse, ils arrivent donc à créer un groupe imaginaire, une espèce hybride, moitié épithéliale, moitié fibroplastique, et ce cancroïde idéal présente alors jusqu'à un certain point les principaux caractères cliniques du cancer.

Il suffira, je pense, d'avoir appelé l'attention sur cet abus de langage pour qu'on refuse à l'avenir de s'y laisser prendre.

Votre rapporteur, Messieurs, est heureux de reconnaître que M. Heyfelder a su éviter ce premier écueil. Pour lui, le cancroïde est une tumeur caractérisée par la présence des éléments épithéliaux. La question si controversée des tumeurs fibroplastiques se trouve donc définitivement mise de côté, et le débat se concentre sur un seul point.

Le cancroïde, ainsi défini, ne constitue pour M. Heyfelder qu'une variété de cancer, et mérite le nom de *cancer épithélial*. Il diffère des autres cancers par la forme de ses éléments microscopiques, mais il se confond avec eux par l'ensemble de ses caractères cliniques. Hâtons-nous, Messieurs, d'enregistrer cet aveu précieux. Constatons que M. Heyfelder, tout en professant une doctrine opposée à la nôtre, à

reconnu comme nous que les éléments du cancroïde sont semblables aux éléments normaux de l'épithélium. Voilà le fait dans toute sa simplicité, dans toute sa précision. Ce fait, personne aujourd'hui ne le conteste. On ne discute que sur la manière de l'interpréter. — Votre rapporteur est de ceux qui pensent que la différence des lésions suffit pour établir la différence des maladies. Mais beaucoup de chirurgiens, dominés par la question pratique, trouvent cette distinction subtile et préfèrent s'en rapporter à l'observation clinique. M. Heyfelder est au nombre de ces derniers. L'analogie qu'il croit reconnaître entre la marche du cancer et celle du cancroïde, le conduit à considérer ces deux affections comme étant de même nature. Il ne se dissimule pas toutefois que son appréciation est en contradiction avec les résultats de l'anatomie pathologique, et, pour atténuer la gravité de cette contradiction, il fait appel à une théorie qui jouit d'une grande faveur en Allemagne.

D'après cette théorie, le cancer ne serait pas une production hétéromorphe, il serait toujours homœomorphe, c'est-à-dire constitué par l'un des éléments normaux de l'organisme. « Le tissu cancéreux, dit » M. Heyfelder, présente une grande variété de formes, mais ces for» mes n'appartiennent pas uniquement au cancer, elles sont les *répéti-» tions* des formes physiologiques. » Par exemple, le squirrhe, étant *exclusivement composé de fibres* (sic), est la répétition du tissu fibreux normal; l'encéphaloïde et le sarcome médullaire sont la répétition des cellules embryonnaires et des cellules du cartilage; le cancroïde est la répétition des cellules épithéliales, etc. Ces diverses formes sont des manifestations d'une même cause; elles résultent les unes et les autres d'une même maladie, qui est la maladie cancéreuse. Celle-ci est caractérisée par la production des tumeurs locales, de *pseudoplasmes*, — pour employer l'expression consacrée, — qui sont la répétition de l'un des éléments normaux de l'organisme. Les éléments respectifs qui composent ces divers pseudoplasmes sont *équivalents* les uns aux autres; par exemple, les cellules épithéliales du cancroïde *équivalent* aux fibres des tumeurs squirrheuses, et l'analyse chimique vient confirmer cette manière de voir, en montrant qu'il n'y a pas entre les diverses tumeurs réputées cancéreuses de différence notable au point de vue de leur composition élémentaire. Telle est la théorie; je ne crois pas, Messieurs, devoir la discuter ici; je ne pourrais le faire sans me lancer dans les doctrines générales de l'histogénie normale et pathologique, ce qui m'entraînerait beaucoup trop loin.

Je me contenterai de relever une erreur matérielle, une erreur de fait. C'est par suite d'un *lapsus calami*, je suppose, que M. Heyfelder a considéré le squirrhe comme étant exclusivement composé de fibres.

Le squirrhe, il est vrai, renferme beaucoup de tissus fibreux; mais de plus, mais surtout, il présente constamment un très-grand nombre de cellules à noyaux ou de noyaux libres dont on a pu contester la spécificité, mais dont personne jusqu'ici n'a contesté l'existence.

Somme toute, et malgré l'ingénieuse théorie des équivalents organiques, de la *répétition* des tissus, et de l'homœomorphisme du cancer, la première partie du travail de M. Heydelfer, celle qui est relative à l'anatomie pathologique, est entièrement favorable à la distinction qu'il veut combattre, puisqu'on y trouve l'aveu d'une différence de structure entre le cancer et le cancroïde. Cette différence, M. Heyfelder l'a constatée seulement à l'aide du microscope. Il aurait pu aller plus loin. Il aurait pu dire que des caractères distinctifs appréciables à l'œil nu coïncident toujours avec ces différences histologiques. La forme, l'aspect, la couleur, le mode de dissémination du tissu accidentel au sein des tissus normaux, la préseuce ou l'absence de suc laiteux dans l'épaisseur de sa trame, permettent le plus souvent d'en reconnaître la nature au premier coup d'œil.

Je regrette vivement, Messieurs, de trouver cette lacune dans le travail de M. Heyfelder. L'auteur en effet garde le plus profond silence sur l'apparence extérieure du cancroïde. S'il eût trouvé identité ou ressemblance, au point de vue des caractères qu'on constate à l'œil nu, entre les tumeurs épithéliales et les véritables cancers, il n'eût pas manqué de puiser dans cette comparaison un argument victorieux. Au lieu de cela, il passe sur cette question sans même l'effleurer. Souffrez que j'y insiste, Messieurs. Permettez-moi de vous soumettre un parallèle entièrement anatomique, qui est l'un des fondements les plus solides de la doctrine moderne. Si votre rapporteur a prêté quelque appui à cette doctrine, c'est peut-être en démontrant et en précisant les caractères visibles à l'œil nu qui coïncident avec les différences de structure intime révélées par le microscope.

Il n'est personne parmi nous qui n'admette que l'anatomie pathologique doit servir de base à la classification des tumeurs. Mais quelques-uns de nos collègues les plus éminents conservent quelques doutes sur la valeur des résultats fournis par l'analyse microscopique. Ils se demandent, et cette défiance est bien naturelle, si les caractères subtils perçus à l'aide du microscope, doivent l'emporter sur l'ensemble de toutes les données de l'anatomie pathologique ordinaire. Je suis loin, pour ma part, de blâmer une réserve aussi prudente. S'il y avait opposition entre ce que découvre la simple vue et ce que découvrent les verres grossissants, il serait naturel, il serait permis d'hésiter. Mais cette opposition, Messieurs, n'existe pas; abstraction faite de quelques cas exceptionnels, on peut presque toujours reconnaître le cancroïde à

ses caractères anatomiques extérieurs, et prédire à l'avance les résultats de l'examen microscopique. Devant ce fait toute hésitation doit disparaître. Celui qui, désormais, voudrait encore confondre le cancroïde avec le cancer ne récuserait pas seulement la compétence du microscope, il récuserait par là même la compétence de l'anatomie pathologique tout entière.

J'aime à croire que personne, parmi ceux qui m'écoutent, n'est disposé à s'engager dans une semblable dénégation, et je me flatte qu'il me suffira de préciser les différences extérieures qui séparent les tumeurs épithéliales des tumeurs cancéreuses pour lever les doutes qui existent encore dans beaucoup d'esprits (1).

Le cancroïde, comme le cancer, est constitué par des éléments microscopiques qui pénètrent dans les tissus par infiltration; mais, tandis que le cancer a une trame propre très-manifeste dans l'origine, le cancroïde, au contraire, n'en a pas: il conserve pour trame certaines parties des tissus qu'il a envahis. Il est fréquent, par exemple, de trouver au sein des tumeurs épithéliales de la lèvre des fibres musculaires qui y conservent longtemps leur structure. Ce caractère, lorsqu'il existe, est fort important.

En tout cas, le cancroïde, étant privé de trame fibreuse propre, ne ressemble pas au squirrhe, c'est avec l'encéphaloïde seulement qu'on pourrait le confondre. Continuons donc notre parallèle.

Dans le cancroïde, il n'y a pas à proprement parler de suc; les cellules ne sont pas suspendues dans un serum, comme cela a lieu pour l'encéphaloïde, ou plutôt ce serum est si peu abondant, que le suc est très-concentré et ne possède aucune diffluence. Il en résulte un précieux caractère distinctif : c'est que le cancroïde ne donne pas de suc à la simple pression, tandis que l'encéphaloïde ne manque jamais d'en fournir une certaine quantité.

Il faut donc gratter légèrement la coupe du cancroïde pour en extraire les éléments microscopiques. Le scalpel se charge alors d'une matière caséiforme, de couleur jaunâtre, au lieu de se charger d'un suc liquide et blanc, comme dans le cancer.

Enfin, l'absence de trame propre fait que les cellules du cancroïde, au lieu d'être toujours disséminées d'une manière uniforme, peuvent s'accumuler, dans les interstices des tissus, en masses arrondies qui se creusent des cavités. Ces masses, formées exclusivement par des amas de cellules épithéliales, sont d'une couleur jaunâtre, et ont une consis-

(1) J'ai déjà donné ce parallèle dans mon Mémoire sur l'anatomie pathologique du cancer. (*Mémoires de l'Académie nationale de médecine*, tome XVI, p. 815, 1851.)

tance caséeuse. Lorsque cette disposition existe, elle constitue un caractère excellent qu'on ne rencontre pas dans les tumeurs encéphaloïdes.

Ainsi le cancroïde peut presque toujours, sinon toujours, être facilement distingué à l'œil nu du cancer encéphaloïde. J'ai déjà dit qu'étant privé de trame fibreuse, il ne pouvait être confondu avec le squirrhe. Il y a cependant une circonstance qui peut établir entre lui et le squirrhe une ressemblance grossière; la voici :

Il arrive souvent que la présence d'un cancroïde détermine dans les tissus qui l'entourent une inflammation chronique dont les produits s'organisent. Ces tissus de formation nouvelle possèdent toujours dans l'origine une demi-transparence qui leur donne l'aspect lardacé. Lorsque plus tard le cancroïde continue à s'accroître, il s'infiltre sous forme de prolongements jaunâtres dans cette masse demi-transparente, et il en résulte quelque chose qui ressemble à un squirrhe aréolaire. Mais il suffit du moindre instrument pointu pour reconnaître immédiatement que c'est là l'inverse précisément de la disposition du squirrhe. En effet, dans le squirrhe les lignes opaques sont fibreuses, solides; dans le cancroïde elles sont molles et comme caséeuses. Dans le squirrhe les masses demi-transparentes contenues dans les grandes aréoles de la trame sont les parties les moins consistantes de la tumeur, et si on les gratte elles donnent du suc; dans le cancroïde les masses demi-transparentes comprises entre les rayons de matière caséiforme sont au contraire la partie la plus consistante de la tumeur : si on les gratte elles ne donnent ni suc, ni matière caséeuse.

Ainsi, que l'on compare le cancroïde à l'une ou à l'autre des formes du cancer, on trouve toujours des caractères distinctifs en dehors de l'examen microscopique.

Des détails de structure aussi minutieux ne pouvaient être découverts qu'à une seule condition. Il fallait examiner ces tumeurs avec l'idée préconçue qu'elles étaient différentes, et cette idée, c'est l'étude microscopique qui l'a fournie. Puis il s'est trouvé que les différences extérieures étaient tellement tranchées qu'on pouvait presque toujours se passer de l'emploi des verres grossissants. En d'autres termes, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire ailleurs, le microscope, après nous avoir rendu de si grands services dans cette étude, a presque cessé de nous être nécessaire; il nous a appris à nous servir de l'œil nu.

Puis-je espérer, Messieurs, que vous excuserez la longueur de ces détails, en faveur de l'importance du sujet? S'il est une fois démontré en effet qu'à l'œil nu, comme au microscope, les tumeurs épithéliales sont distinctes de toutes les autres productions accidentelles, ne devient-il pas très-probable qu'elles constituent une maladie distincte aussi de toutes les autres? Très probable, ai-je dit; peut être aurais-je

dû dire certain ; mais il y a des auteurs fort estimables, du reste et dont l'autorité mérite d'être prise en sérieuse considération, qui, dans la détermination des espèces morbides, accordent plus d'importance à l'ensemble des caractères cliniques qu'aux résultats de l'étude anatomique des lésions. Dès lors, il ne suffit plus pour les convaincre d'avoir prouvé que la lésion du cancroïde diffère de celle du cancer. Il faut prouver encore que ces affections diffèrent au point de vue de leur étiologie, de leur siége, de leurs symptômes, de leur marche locale, de leur action générale sur l'économie, de leur pronostic, de leur traitement. Cette démonstration deviendra sans doute ultérieurement plus complète qu'elle ne l'est aujourd'hui. Elle est cependant déjà fort avancée. Votre rapporteur, Messieurs, croirait abuser de vos instants s'il exposait devant vous, d'une manière dogmatique, l'état actuel de la science sur ce point. Cela n'est pas nécessaire d'ailleurs pour le but qu'il se propose. L'anatomie pathologique ayant fait une réponse catégorique, les présomptions les plus grandes existent déjà en faveur de la nature spéciale du cancroïde. Pour changer ces présomptions en certitude, il suffira de passer en revue et de réfuter les objections cliniques qu'on a dirigées contre notre manière de voir, et ceci nous conduit à examiner la deuxième partie du travail de M. Heyfelder.

Nous avons vu que l'auteur n'était pas à son aise sur le terrain de l'anatomie pathologique; aussi se hâte-t-il de l'abandonner pour s'attacher à la pathologie proprement dite. Là, en effet, sa thèse est plus facile à défendre. Sous le rapport de leur marche locale, le cancer et le cancroïde présentent l'un avec l'autre des analogies réelles. Ces analogies, personne ne les a niées, et la dénomination de *cancroïde* indique suffisamment une maladie qui ressemble au cancer. Mais qui dit ressemblance ne dit pas identité. M. Heyfelder, a mis en relief les caractères communs; j'ai le regret de dire qu'il a passé sous silence les caractères distinctifs; — au surplus, nous allons le suivre dans son argumentation.

On prétend à tort, dit-il, que le siége du cancroïde est différent de celui du cancer. Le cancroïde, il est vrai, occupe de préférence les surfaces tégumentaires, cutanées ou muqueuses. Mais on l'a trouvé aussi dans les os, le foie, les ganglions lymphatiques, et même dans le poumon. — J'aurais préféré, Messieurs, qu'au lieu d'émettre à cet égard une assertion pure et simple, M. Heyfelder nous eût fait part des observations auxquelles il fait allusion. Cela nous eût permis de peser la valeur de ces faits vraiment exceptionnels. Le développement primitif du cancroïde au sein de la substance osseuse était chose assez rare et assez curieuse pour qu'il valût peut-être la peine de l'établir sur une preuve directe. Mais je suppose que cette preuve soit donnée,

et je consens à admettre l'existence des cancroïdes profonds. Que pourrait-on en conclure? En quoi cela serait-il en opposition avec notre doctrine? Personne n'a donné le caractère du siége comme établissant une différence absolue entre le cancroïde et le cancer. Personne n'a nié l'existence du véritable cancer de la peau; personne n'a nié la possibilité des cancroïdes profonds. On a dit seulement une chose que M. Heyfelder ne conteste pas, c'est que les soi-disant cancers de la peau sont presque tous des cancroïdes. Cette proposition, si importante au point de vue de ce calcul de probabilités qu'on appelle le diagnostic, cette proposition est-elle vraie? Nous disons oui, et M. Heyfelder ne dit pas non. Il n'est donc pas nécessaire de discuter plus longtemps sur ce point.

Il n'en est pas de même de l'assertion suivante, qui termine l'argumentation de M. Heyfelder sur le siége du cancroïde. « Une autre » ressemblance entre le cancer et le cancroïde, c'est que les parties » affectées de préférence par l'un et l'autre sont identiques, témoin » le col de l'utérus, la langue et les lèvres ». Il y a dans cette assertion deux grandes inexactitudes.

Je me demande d'abord comment l'auteur a été conduit à dire que la langue était l'un des trois siéges de prédilection du cancroïde et du cancer. Cet organe, au contraire, est un de ceux qui en sont le moins souvent atteints. Sur 9,118 cas de cancer relevés par M. Tanchou, il y en avait seulement 36 de cancer de la langue, c'est-à-dire un peu moins de 4 pour mille, et notez que ce chiffre de 36 représente à la fois les cas de cancroïde et les cas de cancer, puisque M. Tanchou ne connaissait pas encore la distinction qu'on a établie depuis entre ces deux affections.

L'erreur de M. Heyfelder vient probablement de ce qu'il a concentré son attention exclusivement sur les malades des services de chirurgie, et qu'il a perdu de vue les cancers internes dont la fréquence est si grande. Mais, même avec cette atténuation, le cancer de la langue reste assez rare parmi les cancers chirurgicaux. Je lis, par exemple, dans le relevé de la clinique chirurgicale d'Erlangen, publié par M. Heyfelder père, que, sur 45 cas de cancers ou de cancroïdes observés à cette clinique pendant l'année scolaire 1852-1853, il y a eu un seul cas de cancer de la langue (1). M. Heyfelder fils ne peut pas ignorer ce document recueilli sous ses yeux et à la rédaction duquel il a peut-être contribué. Je ne m'explique donc pas son appréciation sur la fréquence du cancer et du cancroïde de la langue.

(1) *Das Chirurgische und Augenkranken Clinicum der Universität Erlangen*, von prof. J. F. Heyfelder. Berlin, 1853, in-8°, p. 7, § 18.

Dans le même passage, l'auteur indique les lèvres comme étant un autre siége de prédilection du cancer. Cette assertion n'est pas plus exacte que la précédente ; car, si le cancroïde est commun aux lèvres et notamment à la lèvre inférieure, le véritable cancer y est assez rare. Cet exemple des tumeurs labiales, choisi par M. Heyfelder, pourrait être utilisé, s'il était besoin, pour réfuter son opinion. Loin de prouver en effet que le cancer et le cancroïde ont de la tendance à envahir les mêmes parties, il prouverait plutôt le contraire.

M. Heyfelder trouve la plus grande ressemblance entre la marche du cancer et celle du cancroïde. Il a raison, car cette ressemblance est très-réelle ; mais il la cherche là où elle n'existe pas, au lieu de la chercher là où elle existe réellement.

Ce qu'il y a de commun entre le cancroïde et le cancer, et ce que M. Heyfelder a presque entièrement passé sous silence, c'est que, constitués l'un et l'autre par des éléments microscopiques qui vont toujours en se multipliant, ces deux pseudoplasmes s'accroissent incessamment par le même mécanisme, se propagent de la même manière aux tissus environnants, s'infiltrent dans leur trame, exercent sur leurs éléments une compression interstitielle qui les atrophie et, pour ainsi dire, les étouffe, et finit enfin par les détruire en prenant leur place. A cette propriété envahissante dont ils sont doués l'un et l'autre, quoique à des degrés différents, le cancer et le cancroïde doivent d'exercer autour d'eux des ravages analogues, de s'ulcérer tôt ou tard, de sécréter alors un ichor purulent où se trouvent les éléments microscopiques propres à chacun d'eux, et de ronger ainsi les tissus jusqu'à une profondeur indéfinie. L'un et l'autre, mais surtout le cancer, peuvent, après s'être ulcérés, donner lieu à des hémorrhagies, par suite de la destruction des parois artérielles. L'un et l'autre peuvent, en s'étendant du côté des couches profondes, atteindre le périoste et pénétrer, par une sorte d'érosion, jusqu'à la partie centrale des os. L'un et l'autre enfin peuvent exercer sur les lymphatiques des tissus qu'ils envahissent une action analogue par suite de laquelle on voit paraître dans les vaisseaux, et se développer ensuite dans les ganglions correspondants, une substance qui revêt en s'organisant une structure exactement semblable à celle du pseudoplasme primitif. En d'autres termes, la marche locale du cancer et celle du cancroïde se ressemblent de point en point. Le cancer, sans aucun doute, est plus prompt et plus terrible ; les hémorrhagies y sont plus communes et plus graves, les engorgements ganglionnaires y sont plus précoces et infiniment plus fréquents. Mais ce sont là des nuances plutôt que des différences réelles, et si on ne poussait pas plus loin le parallèle, si on comparait entre eux le cancroïde et le cancer, sous le rapport seulement de leur marche

locale, la somme des analogies l'emporterait sur la somme des différences, et on serait vraiment autorisé à confondre ces deux affections ensemble.

Mais si, au lieu de les examiner à leur période d'état, on remonte à leur origine, si on étudie leur terminaison, on voit l'analogie diminuer et les différences s'accroître.

Telle n'est cependant pas l'opinion de M. Heyfelder, qui, tout en passant presque complétement sous silence les analogies réelles que nous venons de signaler, trouve la plus grande ressemblance entre le début du cancroïde et celui du cancer. « Dans la plupart des cas, dit-» il, on observe une tumeur dure, *circonscrite*, laquelle reste longtemps » sans se développer. Tout à coup une inflammation a lieu dans une » partie de la tumeur. Celle-ci augmente de volume et finit par s'ulcé-» rer. » Je ne crains pas de le dire, cette description ne s'applique pas au début du cancroïde. La circonstance d'une petite tumeur circonscrite longtemps silencieuse, et faisant tout à coup une sorte d'explosion, a pu être observée quelquefois, mais seulement par exception. — Souvent, il est vrai, le cancroïde débute par une petite tumeur indurée de la peau ou des muqueuses, mais cette tumeur n'est pas circonscrite, comme l'est le plus souvent le cancer à son début; elle est au contraire diffuse. Il y a d'ailleurs beaucoup de cas où aucune tumeur *appréciable* ne précède l'ulcération du cancroïde. Longtemps, bien longtemps avant la distinction établie par les modernes, on avait décrit les *ulcères chancreux* du visage, bien différents de ce qu'on appelait les *cancers ulcérés;* on croyait que ces affections finissaient par revêtir le même caractère, mais on les considérait comme étant très-distinctes dans l'origine, la première débutant par un simple ulcère où le cancer n'apparaissait que tardivement, et la seconde débutant par une tumeur cancéreuse dont l'ulcération n'était que consécutive. Or, il est bien démontré aujourd'hui que ces ulcères chancreux ne sont autre chose qu'une variété de ce que nous appelons le cancroïde, attendu que les bords et le fond de ces ulcères sont indurés et infiltrés d'éléments épithéliaux.

Du reste, l'ulcère chancreux n'est pas la seule forme sous laquelle le cancroïde puisse débuter. Souvent c'est une verrue, ou un petit bouton à base diffuse, ou une simple surface à peine indurée qui se recouvre de croûtes écailleuses. Cela peut durer des mois et des années; cela peut même durer sans autre accident jusqu'à la fin d'une longue vie; mais il peut arriver aussi, — et cela a lieu souvent sous l'influence d'irritations locales, — que la maladie, stationnaire depuis si longtemps, se mette à faire des progrès, à envahir les tissus voisins et à s'ulcérer avec une rapidité plus ou moins grande. Ce début est tellement caractéristique, tellement différent de celui du cancer, que les anciens en

avaient été frappés, et, tandis qu'ils s'obstinaient à poursuivre la résolution des vrais cancers avec toutes sortes d'emplâtres et de pommades, ils recommandaient expressément, au contraire, de ne pas toucher à ces petites tumeurs de la peau du visage, à ces *noli me tangere* qui sont pour nous des cancroïdes au début.

C'est-à-dire que, longtemps avant de soupçonner l'existence des cellules épithéliales, et longtemps avant de songer au cancroïde, on avait remarqué que cette affection commence autrement que le véritable cancer. Sans oser dire qu'elle fût d'une autre nature, ou avait jugé utile de lui donner un autre nom, et même on avait compris qu'elle ne comportait pas les mêmes indications thérapeutiques.

Et maintenant, que l'on considère l'une ou l'autre des deux formes sous lesquelles débute le cancroïde, soit l'ulcère chancreux, soit le *noli me tangere*, où trouvera-t-on, je le demande, cette petite tumeur, dure et *circonscrite*, présentée par M. Heyfelder comme appartenant à la première période des tumeurs épithéliales, et comme établissant un caractère commun entre elles et les tumeurs cancéreuses? Ne voit-on pas que l'auteur a donné comme propre à faire confondre ces deux ordres de tumeurs un phénomène qui, bien au contraire, est propre précisément à les faire distinguer?

Il y aurait bien d'autres remarques à faire sur la première origine du cancroïde; il serait aisé de montrer que cette affection reconnaît souvent des causes purement locales, qu'elle n'est ni diathésique, ni héréditaire, et que sous tous ces rapports elle diffère du cancer. Mais je ne veux pas insister sur les questions que M. Heyfelder n'a pas abordées. Il a négligé également de comparer la durée totale de ces deux affections, et je le regrette, car il en eût vu surgir une différence considérable qui eût sans doute ébranlé ses croyances. Sur cinquante cas de cancroïdes *de la peau* observés par M. Lebert, la durée moyenne a été de 7 ans et 9 mois (1), et sur douze observations de cancer véritable *de la peau* recueillis par le même auteur, la durée moyenne a été seulement de 9 mois et demi (2), c'est-à-dire près de dix fois plus courte. Un pareil

(1) Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, Paris, 1851, p. 629. — M. Lebert donne pour moyenne le chiffre de 6 ans et demi; mais c'est une erreur de calcul, car la moyenne de son tableau est réellement 7.71, ce qui fait rigoureusement 7 ans et 9 mois.

(2) Ouvr. cité, p. 609. Ces deux tableaux comparatifs manquent d'une précision rigoureuse; ils ne portent pas, pour tous les cas du moins, sur la durée totale de la maladie, mais, ce qui est bien différent, sur cette durée depuis le début jusqu'au moment où ceux des malades qui n'étaient pas morts ont été perdus de vue. Toutefois, les conditions dans lesquelles ces

contraste parle de lui même ; et il est assez important au point de vue du pronostic pour qu'il valût la peine de le prendre en considération.

Mais toutes les lacunes que je signale dans le parallèle tracé par M. Heyfelder viennent sans doute de l'empressement qu'il a mis à s'occuper de la question des récidives. C'est sur ce point qu'il a concentré son attaque, jugeant sans doute ce terrain plus favorable que les autres. Il nous semble au contraire que c'est là la partie la moins solide de son argumentation.

Les arguments qu'il a tirés de l'étude des récidives sont au nombre de six, et je commencerai par les exposer dans toute leur force, et sans en rien dissimuler :

1° Le cancroïde, quoi qu'on puisse dire, récidive après l'extirpation, comme les autres variétés du cancer ;

2° Cette récidive, il est vrai, n'est pas constante, mais quoi qu'on puisse dire encore, le cancer, en tout semblable au cancroïde, peut comme lui guérir radicalement par l'opération ;

3° On prétend que les récidives du cancroïde sont moins rapides que celle du cancer ; cela est vrai en général, mais il ne manque pas d'exceptions, et par conséquent, ces différences dans l'époque des récidives ne sont que des nuances sans importance.

4° On prétend que la récidive du cancroïde, bien différente de celle du cancer, ne s'effectue jamais que sur place. Cela est vrai encore comme règle générale, mais le cancroïde peut récidiver quelquefois à distance, et le cancer ne présente souvent que des récidives sur place ;

5° Il y a des tumeurs en partie cancroïdes et en partie cancéreuses ;

6° Enfin le cancroïde après son extirpation peut récidiver sous forme de cancer, de même que le squirrhe peut récidiver sous forme d'encéphaloïde, ce qui établit définitivement l'identité de toutes ces variétés d'une même espèce morbide.

Certes, si les assertions sur lesquelles ces six arguments reposent étaient exactes, il serait difficile d'y résister, et, quelque pénible qu'il fût de faire reculer l'anatomie pathologique devant la clinique, il fau-

---

tableaux ont été faits étant les mêmes pour celui des cancers et pour celui des cancroïdes, il est possible de s'en servir pour les comparer entre eux, et la différence des résultats qu'ils fournissent est d'ailleurs tellement énorme qu'il est impossible de l'expliquer par une simple erreur de statistique. Je dois ajouter que le cancroïde des membranes muqueuses affecte une marche incomparablement plus rapide que celui de la peau, et se rapproche davantage du cancer sous ce rapport comme sous plusieurs autres, tels que la tendance aux hémorrhagies et à l'invasion des ganglions lymphatiques.

drait peut-être s'y résoudre. J'espère, Messieurs, vous éviter cet embarras en vous démontrant que parmi ces assertions les unes sont entièrement inexactes, les autres sans portée réelle.

Le premier argument roule sur un malentendu. M. Heyfelder prête à ses adversaires une opinion qu'ils n'ont jamais exprimée, à savoir : que le cancroïde ne récidive pas après l'extirpation. Il se ménage ainsi un facile triomphe, et prouve aisément, ce qui n'était vraiment pas nécessaire, que le cancroïde peut récidiver. Il donne à entendre, il est vrai, que la possibilité de cette récidive est acceptée aujourd'hui par tout le monde, mais que c'est là une concession arrachée par l'évidence des faits aux partisans de la doctrine qu'il combat. « Nos adversaires, » dit-il, ne cèdent le terrain que pas à pas ; ils ont cru trouver une autre » différence dans l'époque où surviennent les récidives. » Nous ne pouvons accepter ce document. Ce n'est pas l'école à laquelle appartient M. Heyfelder, c'est précisément l école opposée qui a proclamé, la première, la possibilité et même la fréquence de la récidive du cancroïde. Lorsque la doctrine moderne a fait son apparition, et avant que la moindre opposition eût pu se manifester contre elle, ce fait avait été nettement annoncé par M. Lebert. Voici ce qu'on lit dans la *Physiologie pathologique* de cet auteur : « Cette altération, — il s'agit des »tumeurs épithéliales — peut *souvent* rester en germe dans les parties » non enlevées par l'opération, et donner lieu par cela même à une réci- » dive purement locale (1). » Et plus loin : « Nous signalons de nouveau » à cette occasion le peu de sévérité que mettent en général les patho- » logistes dans l'appréciation de l'ulcération et des récidives locales des » tumeurs, toujours disposés qu'ils sont à voir du cancer partout (2). » Je pourrais multiplier les citations, je me bornerai à reproduire un passage beaucoup plus général et qui sert pour ainsi dire de frontispice au volume qui traite des tumeurs. « Quant aux caractères distinctifs des » tumeurs malignes qui ont été donnés jusqu'à présent, tels que *leur* » *tendance à récidiver*, à envahir les tissus environnants, à devenir » constitutionnelles, à se transformer en ulcères rongeants etc., nous » leur reconnaissons certainement une grande valeur, surtout lorsqu'ils » sont réunis, mais d'un autre côté nous n'y trouvons nullement des » caractères exclusifs propres au cancer (3). » — Ceci, Messieurs, a été imprimé en 1845, dans la première publication de M. Lebert sur les tumeurs qui nous occupent. — Ce n'est donc pas une concession tardive, comme en font si souvent les esprits systématiques qui sacrifient

(1) Lebert, *Physiologie pathologique*. Paris, 1845, t. II, p. 397.
(2) Loc. cit., p. 398.
(3) Lebert, loc. cit., t. II, p. 2.

certains points de leur doctrine pour sauvegarder les autres, et M. Heyfelder se trompe évidemment lorsqu'il dit que ses adversaires *cèdent le terrain pas à pas*, en acceptant aujourd'hui la réalité des récidives, et en ne discutant plus que sur l'époque où elles ont lieu.

Il est donc bien entendu que le cancroïde peut récidiver. Mais qu'est-ce que cela prouve? Il a cela de commun avec un grand nombre d'affections locales, avec les tumeurs fibro-plastiques, avec beaucoup de tumeurs fibreuses; on a vu récidiver des hypertrophies glandulaires, des chondromes, des tumeurs érectiles et même certains lipomes; le ptérygion récidive, la kéloïde récidive. On détruit les granulations, les fongosités conjonctivales, et elles reparaissent; on enlève la carie, et la carie renaît; on excise les végétations des organes génitaux, et il s'en forme de nouvelles; les productions cornées, les verrues, les durillons, les cors, peuvent aussi reparaître après l'ablation. Je pourrais encore multiplier les exemples. Dira-t-on que tout cela soit de même nature que le cancer? voudra-t-on, avec Boyer, confondre l'idée du cancer avec l'idée de récidive, et dire que la seule manière de savoir si une tumeur est cancéreuse ou si elle ne l'est pas, c'est d'en pratiquer l'ablation, puis d'attendre et de voir si elle se reproduit (1)? Pour Boyer, en un mot, le cancer n'était caractérisé ni par sa structure anatomique, ni par sa marche locale comme tumeur, mais seulement par ses récidives! Que cette erreur, que cet aveu d'un grand clinicien nous soient profitables, qu'ils nous apprennent à nous méfier de la symptomatologie pure, à nous tourner vers l'anatomie pathologique, et à lui demander des caractères plus précis que celui de la récidive, cette pierre de touche trompeuse, à laquelle M. Heyfelder attache pourtant une si grande importance.

Le deuxième argument repose sur une et peut-être sur deux erreurs. Pour prouver que la fréquence des récidives est la même dans le cancroïde que dans le cancer, l'auteur annonce en premier lieu que le cancroïde se reproduit presque toujours, et en second lieu que le cancer guérit quelquefois d'une manière radicale par l'opération. Je fais des vœux bien sincères, Messieurs, et tous les chirurgiens en font comme moi, pour que cette deuxième assertion soit un jour reconnue exacte. A toutes les époques il y a eu des praticiens éclairés et honorables qui ont proclamé l'incurabilité du cancer, et d'autres praticiens, tout aussi éclairés, tout aussi honorables, qui ont fait appel de ce jugement en citant des cas de guérison radicale. Lorsque le microscope est venu jeter quelques lumières sur la structure des tumeurs réputées cancéreuses, beaucoup d'observateurs ont cru, et j'ai été du nombre,

(1) Boyer, *Malad. chirurg.*, 1re édition, 1814, t. II, p. 309.

que la vraie cause de cette dissidence était enfin trouvée, et que les guérisons obtenues jusqu'alors étaient relatives à des pseudocancers. L'expérience ultérieure pouvait seule prononcer là-dessus Près de dix ans se sont écoulés depuis cette époque ; quelques très-rares observations de cancers guéris sans récidive ont été citées ; je ne les conteste pas, mais il m'est permis de dire que plusieurs d'entre elles pèchent sous plus d'un rapport. Quant à moi, je puis rappeler que sur dix-neuf malades opérés en ma présence par Blandin en 1847 et 1848 et dont j'ai pu suivre les traces, il n'y en a pas eu un seul qui ait été exempt de récidive ; je puis ajouter que toutes les observations que j'ai recueillies depuis cette époque sont venues déposer dans le même sens. Il nous est permis d'en conclure que la guérison définitive après l'opération du cancer est au moins excessivement rare, mais nous ne devons ni ne voulons aller au delà. Ces exceptions consolantes que nous avons tant et si vainement cherchées, nous désirons que d'autres, plus heureux, puissent les rencontrer ; aussi est-ce avec le plus vif intérêt que nous avons entrepris, dans le mémoire de M. Heyfelder, la lecture du passage relatif à la curabilité du cancer.

M. Heyfelder nous annonce d'abord que les conditions particulières dans lesquelles se trouve la clinique d'Erlangen y permettent, mieux que partout ailleurs, de suivre longtemps les opérés et de constater les guérisons ou les récidives. Or, sur les très-nombreux malades opérés depuis dix ans pour des cancers dans le service de M. Heyfelder père, malades très-nombreux en effet, ainsi que vous pourrez vous en assurer en jetant les yeux sur les comptes rendus annuels que vous recevez, — il y en a eu *deux* chez lesquels la récidive a manqué, et dont M. Heyfelder fils nous transmet aujourd'hui l'histoire. — Deux seulement, sur un nombre peut-être de deux à trois cents opérés, cela ne constituerait qu'une exception bien infime. Mais les cas exceptionnels sont d'autant plus précieux qu'ils sont plus rares. Voyons donc quelle est la valeur de ces deux observations.

Un enfant de trois ans, atteint de tumeur de la mâchoire supérieure, fut opéré en décembre 1845 par M. Heyfelder père. Il guérit bien ; on l'a revu il y a un an ; il n'avait encore eu aucune récidive, 7 ans et 8 mois après l'opération. Ainsi, il est très-probable que c'est là un cas de guérison définitive. — Voyons maintenant de quelle nature était la tumeur : « La tumeur paraissait naître du périoste du maxillaire supérieur ; elle » fut enlevée en même temps que la paroi antérieure du sinus maxil- » laire, à laquelle elle était adhérente dans toute son étendue. » Voilà pour les connexions de la tumeur. Rien sur l'examen à l'œil nu, sur la consistance, sur la couleur. Passons donc à l'examen microscopique : « Le pseudoplasme avait tous les caractères du sarcome médullaire ; il

» était composé de grandes cellules rondes et de cellules à appendices » interposées dans des couches de fibres. » Voilà tout, on ne sait même pas par qui cet examen fut fait. Il est certain seulement que ce ne fut pas par M. Heyfelder fils. Je remarque d'abord que la tumeur, quoi qu'en dise le texte, n'avait pas tous les caractères du sarcome médullaire, puisqu'on y trouvait des *couches de fibres*. Je trouve, en outre, très-vague l'indication de ces grandes cellules rondes dont on ne donne même pas les dimensions approximatives, dont on ne décrit ni les noyaux, ni les nucléoles. Ce n'est pas seulement dans le cancer qu'on peut trouver des cellules rondes, on en trouve aussi dans d'autres tumeurs et notamment dans certaines variétés de tumeurs fibroplastiques. Les cellules désignées sous le nom de cellules à appendices, sans autre description, sont tout aussi douteuses. Il est très-vrai que certains cancers renferment des cellules ramifiées ou terminées en pointes plus ou moins allongées; mais cette forme est peu commune. On sait que l'une des formes les plus communes des éléments fibroplastiques est celle où les cellules supportent à leurs extrémités de longs prolongements fibroïdes. En l'absence de toute description, le nom de cellules à appendices fait naître immédiatement l'idée d'une tumeur fibroplastique. Pour dire toute ma pensée, je crois, — et une rédaction aussi insuffisante permet au moins de le supposer, — qu'il s'agissait en effet d'une tumeur fibroplastique. Cette affection attaque le périoste plus souvent peut-être que le cancer véritable; elle est particulièrement fréquente sur le périoste du maxillaire supérieur. — En outre la description de la pièce pathologique, tout obscure qu'elle soit, s'appliquerait beaucoup mieux à une tumeur fibroplastique qu'à une tumeur cancéreuse. Enfin, Messieurs, n'oubliez pas que la chose se passait en 1845. La *physiologie pathologique* de M. Lebert n'avait paru que depuis quelques mois; il est fort douteux qu'elle fût déjà parvenue à Erlangen; il est plus douteux encore que le micrographe anonyme à qui M. Heyfelder a emprunté sa description eût connaissance du tissu fibroplastique, c'est-à-dire que la tumeur, quelque fibroplastique qu'elle pût être, ne pouvait pas ne pas être prise pour un cancer. Pour tous ces motifs il nous est permis de nous méfier de la première observation de M. Heyfelder.

La deuxième observation remonte seulement au mois de février 1848, et a été recueillie sur une femme de 36 ans. Une tumeur très-volumineuse faisait dans la bouche une saillie considérable, mais elle n'adhérait que par *deux pédicules fort étroits qui pénétraient dans les alvéoles* de la première et de la deuxième petites molaires supérieures gauches. On coupa ces deux minces pédicules sans difficulté. Puis, pour extraire les deux prolongements, qui pénétraient dans les alvéoles, on excisa une partie du bord alvéolaire; on n'avait fait aucune incision

à la peau. Douze jours après, la guérison était complète, et elle ne s'est pas démentie depuis.

Pour quiconque lit avec soin les détails qui précèdent, il s'agit simplement d'une épulis alvéolaire, affection dont la bénignité a été reconnue de tout temps. Voyons si cette opinion s'accorde avec les résultats de l'étude de la tumeur. « La tumeur, qui était d'une consistance assez dure, montrait sous le microscope d'abord une masse amorphe dans laquelle se trouvaient interposés nombre de noyaux, de cellules rondes, fusiformes et à appendices. » Vous remarquerez d'abord que les éléments signalés dans l'observation précédente, savoir : les cellules rondes, et les cellules à appendices, se retrouvent dans cette seconde tumeur; mais on y trouve de plus des noyaux interposés dans une masse amorphe, et des cellules fusiformes. Celles-ci sont évidemment fibroplastiques, ce qui ne surprendra aucun de ceux qui ont étudié la structure microscopique des épulis. Ces tumeurs sont presque toujours fibroplastiques; je dirais même toujours, si les recherches de MM. Voss et Ch. Robin n'avaient établi que certaines épulis renferment un élément découvert par ce dernier observateur dans la moelle des os des fœtus à l'état normal, et désigné par lui sous le nom de *plaques à noyaux multiples*. Or ces *noyaux interposés dans une masse amorphe* font naître l'idée de plaques à noyaux multiples. Il plane donc quelques doutes sur la nature de l'épulis en question : on peut se demander si elle était purement fibroplastique, ou si elle renfermait en outre des plaques à noyaux multiples; mais ce qui est parfaitement évident, c'est qu'elle n'était pas cancéreuse; cela est aussi évident pour les micrographes que pour les chirurgiens.

Telles sont les deux seuls faits sur lesquels M. Heyfelder se fonde pour admettre la curabilité du cancer. Je puis me tromper dans l'interprétation que j'ai donnée du premier fait, mais tout le monde, du moins, reconnaîtra que ces observations sont incomplètes et qu'elles prêtent le flanc à toutes sortes d'objections; dès lors elles n'ont aucune valeur pour la solution de la question en litige.

J'ai donc le regret de vous déclarer, Messieurs, que le travail de M. Heyfelder n'a en rien changé mon opinion sur le pronostic du cancer. Or nous n'avons pas oublié que le but de l'auteur, en abordant cette question, est de démontrer qu'il n'y a, sous le rapport de la tendance aux récidives, aucune différence entre le cancer et le cancroïde. Pour atteindre ce but, il s'efforce d'abord d'atténuer la gravité du cancer; mais cela ne lui paraît pas suffisant, et il est conduit à exagérer la gravité du cancroïde. De défenseur il devient accusateur. Et autant nous avons fait de vœux tout à l'heure pour qu'il réussît dans sa première cause, autant nous désirons maintenant qu'il échoue dans la seconde.

Toute accusation doit reposer sur des faits, ou sur des témoignages. Celle que M. Heyfelder porte contre le cancroïde ne repose au contraire que sur des impressions et sur de vagues souvenirs. Après avoir annoncé que très-souvent il a pu faire revenir à la clinique les opérés de cancroïde plusieurs mois où même plusieurs années après l'opération, il ajoute : « De cette manière nous avons pu constater que *la plupart* des malades ont eu des récidives. » Tel est l'exposé des faits : il n'y a pas autre chose, et, quant aux témoignages, l'auteur se contente d'ajouter, sans désigner personne : « Cela a été confirmé par plusieurs cliniciens français et allemands. Donc pour le cancroïde, comme pour les autres variétés de cancer, la récidive est la règle, et la guérison complète l'exception. »

Il est impossible de dire rien de plus vague que cela. La plupart des opérés de cancroïde, dit l'auteur, ont des récidives. Cela suppose déjà qu'un certain nombre d'entre eux n'en ont pas eu. Mais combien a-t-il recueilli d'observations? Quel a été le nombre des récidives, et quel a été le nombre des guérisons? Il valait la peine de le dire, car en pareille matière, lorsque tout le monde admet la réalité des récidives, lorsqu'on ne discute que sur leur degré de fréquence, ceux qui soutiennent que cette fréquence est égale à celle du cancer devraient citer au moins quelques chiffres approximatifs. Mais, vous même, peut répondre M. Heyfelder, vous qui soutenez que le cancroïde récidive moins souvent que le cancer, sur quoi vous basez-vous; où sont vos statistiques? Ce document nous manque, il est vrai, pour le cancroïde, car on ne peut donner comme une statistique l'assertion de Hannover, qui dit avoir vu récidiver le cancroïde de la lèvre plus d'une fois sur trois (1). Mais nous avons comme point de comparaison un document bien autrement précieux : nous avons nos statistiques du cancer. Celles-là nous les avons faites avec soin, et elles nous ont appris que le cancer récidive *toujours*. Ce point de comparaison est, je pense, suffisamment précis. Or, quelque sévère que se montre M. Heyfelder à l'égard du cancroïde, il nous accorde spontanément que le cancroïde guérit quelquefois. Nous croyons, nous, qu'il guérit souvent. Au surplus qu'il guérisse quelquefois, ou qu'il guérisse souvent, c'est là une nuance fort importante à beaucoup d'égards, mais assez indifférente sous le point de vue qui nous occupe. Et, sans nous arrêter à calculer la proportion des guérisons et celle des insuccès, nous en savons assez pour pouvoir dire : Le cancroïde est une affection *curable*, tandis que le cancer est une affection *incurable*. Or, ne voyez-vous pas, Messieurs, que, malgré les efforts ingénieux de M. Heyfelder, il y a précisément au fond

(1) Hannover, *Das Epithelioma*. Leipzig, 1852, in-8°, p. 25.

de cette question des récidives un caractère absolument distinctif qui creuse pour ainsi dire un abîme entre le cancroïde et le cancer?

Mais M. Heyfelder ne s'appuie pas seulement sur ce qu'il a vu. « Cela a été confirmé, dit-il, par plusieurs cliniciens français et allemands. » — Il est bon d'invoquer des autorités, mais il est de rigueur en pareil cas de citer au moins le nom de ceux sur qui on s'appuie. Je doute du reste que l'autorité des cliniciens dont parle M. Heyfelder puisse contre-balancer celle de tous les grands chirurgiens qui depuis un siècle ont proclamé la curabilité des ulcères chancreux du visage, des *noli me tangere*, des prétendus cancers des lèvres, du scrotum et du prépuce, en un mot de ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom de cancroïde. Non-seulement tout le monde a reconnu que ces affections étaient curables, mais tout le monde a ajouté, surtout, qu'elles étaient plus curables que les autres cancers. N'est-ce pas une notion vulgaire, répandue dans tous les livres et enseignée dans toutes les écoles depuis l'époque où Ledran publia son important mémoire sur le cancer, que le cancer de la peau du visage est le moins grave de tous? Ces témoignages sont d'autant plus précieux qu'ils sont antérieurs, et très-antérieurs, à la découverte des éléments microscopiques. Le microscope n'est venu que confirmer et rendre définitive une distinction pressentie déjà par un grand nombre de cliniciens, et, ici la chose est tellement notoire qu'il m'est permis d'imiter le laconisme de M. Heyfelder, et de passer sous silence le nom de toutes mes autorités.

Je passe à la réfutation d'un nouvel argument qu'on peut énoncer à peu près de la sorte : « Suivant nos adversaires, dit M. Heyfelder, les récidives du cancroïde sont moins rapides que celles du cancer; cela est vrai d'une manière générale, ajoute-t-il, mais il y a quelquefois des exceptions. Il y a des cancers qui récidivent tard, des cancroïdes qui récidivent de bonne heure, par conséquent ces différences prétendues dans l'époque des récidives ne constituent que des nuances sans importance. »

Je suis heureux, Messieurs, de me trouver enfin d'accord avec M. Heyfelder, et de reconnaître avec lui qu'on ne peut tirer aucun caractère distinctif de l'époque où les récidives paraissent. Mais si j'admets cette conclusion, je suis loin d'en accepter les prémisses. M. Heyfelder prête à ses adversaires une opinion qu'ils n'ont jamais exprimée. Personne, à ma connaissance, n'a dit que le cancroïde récidivât plus lentement que le cancer. M. Heyfelder a pu entendre soutenir cette thèse par quelques personnes isolées; mais cela ne l'autorisait pas à la présenter comme une des bases de notre manière de voir. Après avoir commis cette petite erreur, M. Heyfelder en commet une autre, en acceptant la proposition précédente comme vraie d'une manière générale.

Non-seulement, en effet, cette proposition n'est pas exacte, mais encore, si je devais m'en rapporter à mon expérience, je dirais qu'elle est précisément le contraire de la vérité. Le propre du cancroïde, quand il récidive, est de récidiver promptement; lorsque plusieurs mois se sont écoulés depuis la cicatrisation de la plaie, il n'est pas commun que la récidive ait lieu; je ne connais que peu d'exemples où elle se soit manifestée au bout de plus d'une année. Le cancer, au contraire, présente très-souvent des récidives beaucoup plus tardives. Je n'ai pas l'intention de chercher dans cette particularité un nouvel élément pour différencier le cancroïde; mais s'il fallait me prononcer sur l'époque où se font le plus habituellement les récidives, je n'hésiterais pas à dire qu'en moyenne, et contrairement à ce que M. Heyfelder paraît admettre, celles du cancroïde sont moins tardives que celles du cancer.

Toutefois j'aime mieux négliger ce caractère, qui n'est pas suffisamment précis. J'aime mieux me rallier au troisième argument de M. Heyfelder et dire avec lui qu'il n'y a rien de caractéristique dans l'époque des récidives. Mais le lieu où elles s'effectuent peut-il au moins nous fournir quelque caractère distinctif? Nous pensons que oui, l'auteur pense que non, et cette nouvelle divergence nous conduit à son quatrième argument.

Votre rapporteur, Messieurs, craint que M. Heyfelder n'ait pas suffisamment réfléchi sur la nature des diverses espèces de récidives. C'est qu'en effet le mot de récidive sert à désigner deux choses bien différentes.

Tantôt, après l'ablation *complète* du mal, on voit renaître, soit sur le théâtre de l'opération, soit sur un autre point de l'économie, une tumeur analogue à la première. C'est la *récidive par repullulation*; elle suppose en général l'existence d'une cause diathésique, tenant à la fois sous sa dépendance et l'ancienne tumeur et la tumeur nouvelle.

D'autres fois, au contraire, la récidive se produit parce que l'ablation du mal a été *incomplète*, parce qu'on a laissé, au milieu de parties en apparence saines, des parcelles du tissu pathologique. Ces parcelles morbides survivent à l'opération; en tout semblables au tissu de la tumeur primitive, elles ont comme lui la propriété de s'accroître par la multiplication graduelle de leurs éléments microscopiques, et c'est cette propriété qui donne lieu à la récidive. Ici aucune cause diathésique n'a besoin d'intervenir. Le mal ne se reproduit pas, il ne fait que continuer. C'est la *récidive par continuation*.

La récidive par continuation est donc le résultat d'un désordre entièrement local, et voilà pourquoi on la désigne, en général, sous le nom de *récidive sur place*. Mais cette dénomination est mauvaise pour deux

raisons : d'abord parce que les récidives par repullulation se font très-souvent sur place, soit dans la cicatrice, soit autour de la cicatrice; ensuite et surtout parce que les récidives par continuation s'effectuent très-souvent loin de la cicatrice.

Il semble étrange au premier abord qu'un mal local puisse continuer ailleurs qu'au niveau de son siége primitif. Rien n'est plus réel cependant. Les récidives par continuation peuvent se faire de trois manières : 1° *sur place*, c'est-à-dire au niveau même de la plaie ou de la cicatrice. C'est le cas le plus ordinaire, il est trop connu pour que j'y insiste. 2° Dans les tissus adjacents, où la tumeur s'irradiait sous forme de fusées ou de prolongements que l'opération n'a pas enlevés. La récidive alors peut donner lieu à une tumeur située à quelques centimètres de la cicatrice. Elle est bien évidemment la conséquence d'un travail entièrement local, et cependant il serait inexact de lui donner le nom de récidive sur place. Le nom de ***récidive par irradiation*** lui convient beaucoup mieux. 3° Enfin, la troisième espèce de récidive par continuation est la *récidive ganglionnaire ;* c'est un accident consécutif, comme les deux précédents, à un travail entièrement local; c'est ce que M. Heyfelder a méconnu, et c'est ce qui m'oblige à entrer dans quelques explications.

Le cancroïde peut, comme le cancer, mais moins souvent et surtout moins rapidement que lui, se compliquer de l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants. Quelque éloignée que soit alors la tumeur nouvelle de la tumeur primitive, il est bien reconnu aujourd'hui, que, semblable au bubon qui accompagne le chancre, cette adénopathie secondaire est le résultat d'un désordre purement local. La matière du cancer ou celle du cancroïde, transportée dans les vaisseaux lymphatiques, s'arrête dans les premiers ganglions, et ce germe funeste s'y développe ensuite sous forme de tumeur. Ce phénomène est depuis longtemps connu pour le cancer. Depuis plusieurs années déjà il est démontré aussi pour le cancroïde. Votre rapporteur l'a indiqué en 1849 dans sa thèse inaugurale, et depuis lors il en a fait l'objet d'un travail étendu, lu à la Société anatomique (1). M. Lebert en a cité plusieurs exemples ; MM. Follin, Verneuil, Robin, ont également observé des faits semblables. Ces noms vous montrent que l'étude du cancroïde ganglionnaire a été faite précisément par les partisans de la doctrine du cancroïde. J'y insiste, Messieurs, pour qu'on ne nous répète plus que

(1) Paul Broca, *Sur la propagation de l'inflammation. — Quelques propositions sur les substances dites cancéreuses ;* thèse inaugurale. Paris, 1849, p. 55. — *Rapport sur le cancroïde* dans les *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1853, p. 380. Voir les *errata* de ce travail.

nous cédons le terrain pas à pas. Sur cette question encore nos adversaires ne nous ont rien appris. C'est nous, au contraire, qui avons signalé et étudié ce nouveau point de ressemblance entre la marche locale du cancroïde et celle du cancer.

Quoi qu'il en soit, l'engorgement secondaire des ganglions ne se développe pas brusquement. Entre le moment où le germe morbide y est déposé et celui où il prend assez d'accroissement pour constituer une tumeur appréciable, il s'écoule nécessairement un certain laps de temps. Si la chirurgie intervient pendant cette période, elle fait justice de la tumeur primitive; mais le ganglion infecté est laissé en place, et, s'accroissant peu à peu pendant ou après le travail de cicatrisation de la plaie, il donne lieu à une tumeur en tout semblable à la tumeur primitive. On dit alors que la récidive a eu lieu dans les ganglions. Mais, quoique le mal ait fait sa réapparition loin de son premier foyer, la récidive s'est effectuée en vertu d'un travail tout local, sans l'intervention d'aucune cause diathésique, et seulement parce que l'ablation a été incomplète. Il n'y a pas eu repullulation, il y a eu simplement continuation du mal primitif.

Parmi ces divers modes de récidives, il n'en est qu'un seul dont la réalité ait été contestée dans le cas de cancroïde : c'est la récidive par repullulation. En d'autres termes, on pense que le cancroïde ne récidive que par continuation, tantôt *sur place*, tantôt *dans les ganglions*, tantôt enfin *par irradiation*, dans les parties molles, ou même dans les os adjacents, où les cancroïdes de la face, en particulier, enfoncent si souvent leurs racines.

Voilà ce que disent les partisans de la doctrine du cancroïde. Mais M. Heyfelder leur prête une tout autre opinion. Il commence par supposer que nous n'admettons qu'une seule variété de récidive : la récidive sur place; après quoi il se donne la satisfaction de nous prouver que ce n'est pas la seule.

La preuve était des plus faciles à établir par cela même qu'il s'agissait d'un point incontesté. Il nous semble toutefois que c'est là la partie la moins heureuse du travail de M. Heyfelder. Confondant toutes les variétés de récidive, il marie ensemble les faits les plus dissemblables. Ainsi après l'ablation d'un cancroïde de la lèvre, il ne voit pas la différence qu'il y a entre la récidive qui se fait dans les chairs de la joue et celle qui paraît dans les ganglions cervicaux. Ces deux phénomènes qu'il a vus de ses propres yeux, il les confond ensemble; il les rapproche à la fois des faits de récidive ganglionnaire cités par M. Lebert, et des faits de récidive par irradiation dans les os, cités par MM. Dittrich et Rokitansky. Enfin, pour mettre le comble à tant de confusions, il mêle à tout cela des observations de MM. Velpeau, Vogel

et Virchow, probablement relatives, l'une d'elles du moins, à des récidives qui auraient eu lieu par repullulation véritable, c'est-à-dire dans des organes réellement indépendants de la tumeur primitive.

Ces dernières observations, Messieurs, sont les seules que votre rapporteur aurait voulu pouvoir vérifier. Le passage qui s'y rapporte est tellement obscur qu'aujourd'hui encore, après l'avoir longuement médité, j'ignore quel en est le sens. J'ai donc voulu rechercher les originaux des observations sur lesquelles il s'appuie; malheureusement cela m'a été impossible pour deux d'entre elles, et il n'est pas démontré que j'aie réussi pour la troisième. Contrairement aux bonnes habitudes bibliographiques de ses compatriotes, l'auteur ne cite pas ses sources et n'indique même pas le sommaire des faits qu'il invoque. Voilà pourquoi je n'ai pu retrouver ni le fait de M. Velpeau, ni celui de M. Vogel; quant au fait de M. Virchow, je crois l'avoir trouvé, mais je ne suis pas certain que ce soit celui auquel M. Heyfelder fait allusion. En tous cas, il me paraît utile de le commenter, parce que M. Paget a cru pouvoir s'en servir aussi (1).

Dans un mémoire tout à fait étranger à la question qui nous occupe, et simplement destiné à étudier la génération endogène des cellules (2), M. Virchow est conduit à s'occuper de la formation de certains *corps concentriques*, les mêmes que M. Lebert nomme *globes épidermiques*, et qui se rencontrent souvent dans les tumeurs épithéliales. M. Virchow en donne une bonne description et une figure exacte (3). Puis il ajoute : « Sur le cadavre d'un homme qui *avait été* atteint d'un cancroïde de » la lèvre, j'ai trouvé dans le foie une tumeur cancroïde ramollie, en » voie de transformation rétrograde, et dans cette tumeur j'ai vu des » corps concentriques particuliers, représentés sur la figure V (4). » On n'est pas plus laconique, et il faut une grande complaisance pour faire de cela une observation. Comme il est dit que l'homme *avait été* atteint d'un cancroïde de la lèvre, on conclut grammaticalement de ce temps passé que le cancroïde n'existait plus au moment de la mort, et qu'il avait sans doute été enlevé par une opération. Donc la tumeur du foie était une récidive par repullulation. A cela, Messieurs, il ne manque qu'un seul détail. Quelle était la nature de l'ancienne tumeur de la lèvre? Sur quoi se base-t-on pour dire que c'était un cancroïde? Quelqu'un l'a-t-il constaté? A coup sûr, si cet examen a été fait, ce

(1) Paget, *Lectures on tumours*. Lond., 1853, in-8°, p. 413, note 1.

(2) Virchow und Reinhardt, *Archiv. für pathol. Anatomie*, Bd III, s. 222 u. 223. Berlin, 1851, in-8°.

(3) Loc cit., tab. II, fig. VI, *a* et *b*.

(4) Loc. cit., fig. VI, *c*.

n'est pas par M. Virchow, qui n'a eu que le cadavre à sa disposition. On ignore donc entièrement la nature de la tumeur primitive. Quant à la tumeur du foie, M. Virchow l'a examinée. Qu'y a-t-il vu? Des cellules épithéliales, sans doute? ou peut-être des globes épidermiques? Rien de tout cela. Il y a vu des corps fort singuliers qui ne ressemblent à aucune formation connue, ni aux éléments du cancer, ni à ceux du cancroïde, et, pour expliquer la singularité de leur aspect, il suppose, conformément à la *théorie des métamorphoses rétrogrades*, que ces corps sont d'anciens globes épidermiques en voie de dégradation. Mais ceci n'est pas un fait, c'est une interprétation. M. Virchow, d'ailleurs préoccupé de toute autre chose, ne s'est pas inquiété de la question de la récidive; ce n'est donc pas à lui, mais à ceux qui ont commenté son observation que s'adresse la critique précédente. Les faits attribués à MM. Velpeau et Vogel sont-ils plus démonstratifs que celui-là? Je ne puis le dire; mais tels qu'ils sont présentés par M. Heyfelder, ils n'ajoutent à son argumentation qu'une incertitude de plus.

Parmi les faits qui ont été invoqués jusqu'ici par nos adversaires, il en est un bien autrement sérieux, bien autrement grave que ceux auxquels M. Heyfelder a fait allusion : c'est le fait de M. Paget; et, bien que M. Heyfelder n'en ait point parlé, je crois devoir vous en dire quelques mots. Un individu atteint d'une tumeur ulcérée de la verge fut opéré, mais quelque temps après le mal récidiva dans les ganglions inguinaux. Le malade succomba au bout de dix-huit mois. On fit l'autopsie, et on trouva, indépendamment de la tumeur inguinale, une vingtaine de tumeurs dans les poumons. Les pièces recueillies à l'autopsie furent envoyées à M. Paget. Celui-ci constata d'abord, à l'œil nu, que ces diverses tumeurs étaient constituées par une substance blanchâtre, opaque, friable, et entièrement dépourvue de suc. A l'œil nu, il était évident qu'il ne s'agissait pas de tumeurs cancéreuses véritables; au microscope, M. Paget constata partout la structure épithéliale (1).

Ce fait, Messieurs, je ne le dissimule pas, est le plus embarrassant de tous ceux qu'on peut invoquer jusqu'ici contre la doctrine du cancroïde. Il présente, il est vrai, une lacune, puisque la tumeur primitive n'a été examinée par personne, et qu'il reste quelques doutes sur sa nature. Mais je ne veux pas me servir de cette fin de non-recevoir, et je déclare pour ma part que si les faits de ce genre étaient fréquents, nous serions privés, dans notre parallèle entre le cancer et le cancroïde, d'un caractère distinctif extrêmement précieux. Il n'en est rien heureusement. Le fait de M. Paget est jusqu'ici unique, et on peut

(1) *Lectures on tumours*. Lond., 1853, p. 448.

dire, sans exagération, que plusieurs centaines d'autopsies faites depuis dix ans ont donné constamment des résultats opposés à celui-là. Mais faisons, s'il le faut, une concession : Admettons que les cancroïdes multiples du poumon soient appelés à se montrer à l'avenir une fois sur cent. Ne voyez-vous pas tout de suite, Messieurs, l'énorme différence que de pareils résultats établiraient entre le cancroïde et le cancer? Celui-ci, en effet, s'accompagne de tumeurs multiples dans les organes internes environ une fois sur deux. Comparez ces chiffres, et vous trouverez, je pense, que la différence qu'ils consacrent aurait mérité d'être prise en considération par M. Heyfelder.

Nous trouvons dans le cinquième argument de l'auteur la même incertitude, la même absence de preuves. M. Heyfelder prétend que certaines tumeurs sont en partie encéphaloïdes, et en partie épithéliales; cette opinion, du reste, a été émise longtemps avant lui, puisque j'ai déjà cru devoir la réfuter sous forme de proposition dans ma thèse inaugurale (1). Lorsqu'un cancer s'ulcère, on trouve sur les limites de l'ulcération quelques cellules épithéliales ou épidermiques, mêlées aux éléments spécifiques du cancer. Il en est ainsi, et il n'en peut être autrement, de même que lorsqu'on ouvre un abcès on voit toujours sortir, avec le pus, quelques gouttes de sang. Si c'est là ce que M. Heyfelder appelle des tumeurs mixtes, établissant la parenté entre les tumeurs cancéreuses et les tumeurs épithéliales, il pourra invoquer un grand nombre d'exemples, attendu que la chose est aussi commune que l'ulcération même du cancer. Mais s'il veut dire, au contraire, que la même tumeur présente dans une partie de son étendue la structure franche des cancroïdes, et plus loin celle de l'encéphaloïde, il émet une assertion contestée, et dès lors il devrait avancer une preuve quelconque; il devrait nous dire au moins s'il a vu cela de ses propres yeux. Il s'en garde bien, et j'en conclus que, comme tous les observateurs français, M. Heyfelder en est encore à attendre ces exemples de tumeurs mixtes que nos adversaires auraient tant d'intérêt à trouver.

Mais tout ce qui précède est peu de chose en comparaison du dernier argument, qui serait certainement le plus formidable de tous, si l'assertion sur laquelle il repose était exacte. Il y a, dit M. Heyfelder, des exemples de cancroïdes ayant récidivé sous forme de cancer, et aussitôt, sentant qu'on pourrait être tenté de nier la chose, il fournit à l'appui de son opinion deux observations qu'il a recueillies lui-même. Ces deux observations, les seules de ce genre qu'on ait invoquées jusqu'ici, méritent d'être commentées.

Au mois de novembre 1849 on enleva un abcès cancéreux de la

(1) Thèse citée (1849), p. 55, prop. vii.

lèvre inférieure sur un homme âgé de cinquante-deux ans. On étudia le pseudoplasme au microscope; on reconnut qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale.

Au mois d'avril de l'une des cinq années suivantes, l'auteur ne s'explique pas sur ce point, le malade revint présentant au niveau de la cicatrice une tumeur qu'on excisa comme la première et qui fut reconnue cancéreuse à l'examen microscopique.

Ainsi le cancroïde avait récidivé sous forme de cancer. Un fait aussi insolite eût été digne peut-être de quelques détails de plus : la description des tumeurs vues à l'œil nu, la description des éléments microscopiques, l'histoire ultérieure du malade, n'eussent pas été un luxe inutile. Mais passons sur les imperfections et soyons indulgents pour les lacunes. Servons-nous simplement du texte écrit de l'auteur. « La seconde tumeur, dit-il, fut excisée comme la première, et l'examen microscopique mit hors de doute que nous avions fait à présent l'excision d'un *cancer fibreux.* » Un cancer fibreux, ce même cancer que l'auteur nous a montré précédemment comme exclusivement composé de fibres, sans traces de noyau, sans traces de cellules; tumeur aussi cancéreuse que le cancroïde lui-même, homœomorphe comme lui, locale comme lui, mais susceptible comme lui d'être dénaturée par la théorie des équivalents organiques, jusqu'au point de rentrer dans la classe si confuse et si élastique des productions cancéreuses. Un cancer fibreux! cet aveu me suffit; j'y trouve la preuve que la seconde tumeur n'était pas plus cancéreuse que la première. Et ne sait-on pas qu'il est commun de voir des productions de nature fibreuse se former au niveau des cicatrices?

La seconde observation est plus défectueuse encore que la précédente. Le nommé Christophe Schmidt, âgé de cinquante-huit ans, subit, le 20 novembre 1851, l'ablation d'un *ulcère cancéreux* (sic) de la lèvre inférieure. L'année suivante, il y eut récidive. Le 7 juillet 1852, on fit une seconde opération, et on trouva, sous le microscope, qu'il s'agissait cette fois d'un cancer fibreux.

Toujours le même cancer fibreux! Mais ne revenons pas là-dessus. Je me demande ce que cette observation a la prétention d'établir. On enlève une première tumeur, on ne l'étudie pas à l'œil nu, on ne l'examine pas au microscope, de telle sorte que personne ne peut savoir de quelle nature est cette tumeur : M. Heyfelder, du moins, garde sur ce point un silence complet. Puis, quelques mois plus tard, on fait une deuxième opération; on examine cette fois la seconde tumeur; on croit reconnaître qu'elle est cancéreuse, et alors on fait des suppositions sur la tumeur précédente. Il pourrait bien se faire, en effet, qu'elle eût été cancroïde! Qui peut dire qu'elle ne le fût pas?

Personne ne l'a étudiée, il est vrai; mais si on l'eût examinée, n'est-il pas probable qu'on y eût trouvé des cellules épithéliales? S'il était vrai, ou si seulement quelqu'un avait dit que toutes les tumeurs ulcérées des lèvres fussent de nature épithéliale, cette interprétation, sans être rigoureuse, mériterait d'être prise en grande considération. Mais personne n'a dit rien de pareil. On a dit, ce qui est bien différent, que le cancroïde est beaucoup plus fréquent à la lèvre que le cancer. Ainsi M. Lebert, qui a recueilli vingt observations d'épithélioma de la lèvre inférieure (1), n'a vu que six cas de cancer de cet organe (2). Étant donnée une tumeur suspecte de la lèvre, on peut dire, avant tout examen clinique ou anatomique : Il y a plus de chances en faveur du cancroïde qu'en faveur du cancer; mais on ne peut dire rien de plus, et c'est à l'observation directe de montrer s'il s'agit d'un des cas les plus ordinaires, ou d'un des cas les moins communs. Ici, tout permet de croire que cette observation n'a pas été faite; la nature de la première tumeur reste donc inconnue. Quant à la seconde tumeur, c'est très-probablement un fibrome semblable à celui de l'observation précédente; mais dans le doute où je suis sur la nature des éléments de cette tumeur, et sur les caractères généraux des tumeurs que l'auteur désigne sous le nom de cancer fibreux, je n'émets cette interprétation qu'avec réserve.

En résumé, Messieurs, je crois vous avoir montré que les arguments invoqués par M. Heyfelder sont, les uns, sans aucune consistance, les autres, en contradiction avec l'observation clinique aussi bien qu'avec l'observation anatomique. Je vous rappellerai, une fois de plus, que la distinction des tumeurs que nous appelons aujourd'hui épithéliales n'a pas eu pour point de départ l'étude microscopique des productions accidentelles : elle est antérieure au microscope; elle avait déjà frappé les chirurgiens du dernier siècle; l'histologie pathologique n'a eu qu'à confirmer une découverte faite par les cliniciens. Si beaucoup de personnes s'efforcent aujourd'hui de protester au nom de la clinique contre la doctrine des tumeurs épithéliales, c'est parce que, dans la lutte engagée contre l'école moderne, on a éprouvé le besoin de réagir contre tout ce que le microscope a pu nous apprendre; on a oublié que la distinction des cancroïdes était déjà ancienne; on a cru qu'elle était nouvelle, et comme telle on l'a attaquée. Mais est-elle devenue moins réelle et moins pratique depuis qu'elle a reçu la sanction de l'anatomie pathologique? J'ose dire que si le microscope, au lieu de la confir-

(1) Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*. Paris, 1851, in-8°, p. 613.
(2) Loc. cit., p. 602.

mer et de la compléter, était venu la contredire; que si, au lieu d'éléments anatomiques différents, on eût trouvé dans les cancers et les cancroïdes des éléments identiques, nos adversaires nous reprocheraient vivement de confondre ce que l'observation clinique a séparé. N'est-ce pas ce qui est arrivé pour les diverses espèces d'hypertrophies mammaires? Il y a, comme tout le monde le sait, des tumeurs mammaires constituées par l'hypertrophie simple et uniforme du tissu glandulaire : celui-ci conserve ses principaux caractères; il est évident au premier coup d'œil qu'il s'agit d'une hypertrophie, et la nature de ces tumeurs n'a pu être méconnue par personne. Mais il y a d'autres tumeurs aussi bénignes que les précédentes, qui ont un aspect tout différent. Désignées d'abord sous le nom insignifiant de *tumeurs mammaires chroniques*, puis sous le nom de *corps fibreux*, de *tumeurs fibrineuses*, elles sont appelées aujourd'hui *adénoïdes* par M. Velpeau, qui a tant contribué à les faire distinguer des cancers. Avant le microscope, on ignorait la nature anatomique de ces tumeurs, mais on savait déjà, en partie du moins, les différencier des hypertrophies simples. Voici maintenant que le microscope découvre, dans ces deux espèces de tumeurs, les mêmes éléments anatomiques; il confirme la nature hypertrophique des premières, mais il montre en même temps que les autres sont hypertrophiques : avec cette différence, toutefois, que l'hypertrophie, au lieu d'atteindre uniformément et simultanément tous les éléments de la glande, affecte principalement soit les culs-de-sac glandulaires, soit le stroma cellulo-fibreux, c'est-à-dire une partie des éléments de l'organe. De là les noms d'*hypertrophie générale* et d'*hypertrophie partielle,* proposés par M. Lebert pour désigner respectivement ces deux espèces d'hypertrophies. A bien prendre, le microscope avait pleinement confirmé la distinction déjà établie par plusieurs cliniciens, puisqu'il avait révélé sinon une *différence élémentaire*, du moins une *différence de structure*. Mais, sans s'inquiéter des détails, on s'est contenté de jeter un coup d'œil rapide sur l'étiquette. On a accusé le microscope d'avoir conduit à donner le même nom d'hypertrophie à deux espèces de tumeurs bien différentes, et à confondre ainsi ce que la nature avait séparé. — Confusion bien légère, du reste, quand même elle eût été réelle, puisque, de l'aveu de tout le monde, ces deux espèces de tumeurs sont également locales et également bénignes. Pareil reproche a été adressé à M. Lebert pour les productions fibroplastiques; on lui a dit : Vous trouvez les mêmes éléments fibroplastiques dans un simple tissu de cicatrice et dans des tumeurs fort graves, qui peuvent même être aussi graves que les cancers. — M. Lebert a en vain répondu qu'il y trouvait les *mêmes éléments*, mais non la *même structure*, que les éléments fibroplastiques *adventices* existent dans un

grand nombre de productions accidentelles, mais que le *tissu fibro-plastique autogène* constitue une espèce particulière de tumeur, et qu'il faut distinguer ces deux choses, comme on distingue une tumeur fibreuse proprement dite du cordon fibreux qui s'organise entre les deux bouts d'un tendon divisé sous la peau, ou de l'induration fibreuse qui succède à l'inflammation chronique. On n'a pas voulu tenir compte de cette distinction, on a préféré accuser le microscope d'avoir confondu ce que la nature a séparé. Je pourrais aisément multiplier les exemples, mais je ne veux pas allonger indéfiniment cette digression.

Pour revenir, en terminant, aux tumeurs épithéliales, je vous demanderai la permission de vous présenter, sous forme de propositions, un parallèle rapide entre le cancroïde et le cancer. Quelques-unes de ces propositions demanderaient à être atténuées si l'on considérait spécialement les cancroïdes des muqueuses; j'ai eu en vue principalement le cancroïde de la peau, mais les conditions anatomiques qui font varier la rapidité de la marche locale de l'épithélioma n'en modifient pas la nature, et cette tumeur, quel que soit son siége, reste toujours essentiellement distincte du cancer.

1° Le cancroïde est une tumeur homœomorphe constituée par les éléments de l'épithélium.

2° La tumeur du cancroïde se distingue de celle du cancer par une double série de caractères dont les uns se constatent à l'œil nu et les autres au microscope. L'anatomie pathologique nous commande par conséquent de séparer l'une de l'autre deux affections dont les lésions sont différentes.

3° La marche locale du cancroïde présente de grandes analogies avec celle du cancer; mais à côté de ces analogies existent des différences notables. Celles-ci, considérées isolément, ne suffiraient peut-être pas pour établir la distinction de ces deux affections, mais, par leur réunion, elles constituent un ensemble de caractères distinctifs aussi précis que puissent l'être des caractères purement cliniques.

4° Le cancroïde se développe souvent sous l'influence de causes purement locales, telles que des irritations légères fréquemment répétées. L'influence des causes locales sur le développement du cancer est contestée par beaucoup de personnes, et à coup sûr, si elle s'exerce, ce n'est que dans des cas très-exceptionnels.

5° Le cancer se développe sous l'influence d'une cause diathésique générale. Il n'en est pas de même du cancroïde. Il peut arriver, il est vrai, très-exceptionnellement, que deux ou plusieurs cancroïdes se forment simultanément ou successivement sur le même individu. Leur présence sur plusieurs points du système tégumentaire est l'indice d'une sorte de diathèse de ce système, comme cela a lieu pour les

varices multiples et pour beaucoup d'autres affections également locales. Mais personne ne voudra confondre ces diathèses locales, limitées à un système organique, avec les diathèses générales, au nombre desquelles figure la cause diathésique du cancer.

6° L'hérédité, qui est si souvent la cause du cancer, a paru jusqu'ici étrangère à la production du cancroïde. Il n'est sans doute pas impossible que deux personnes de la même famille soient atteintes de cancroïde; le calcul des probabilités démontre qu'il en doit être quelquefois ainsi; mais ces cas sont encore à l'état d'hypothèse, tandis que l'hérédité du cancer repose sur des faits nombreux, précis, et inexplicables par de simples coïncidences.

7° Le cancroïde ne débute que sur les membranes tapissées d'épithélium. Le cancer, au contraire, peut débuter partout où il y a des vaisseaux.

8° Beaucoup d'organes où le cancroïde est très-fréquent sont rarement atteints de cancer. Beaucoup d'organes où le cancer est commun ne sont jamais atteints de cancroïde.

9° Le véritable cancer de la peau est très-rare. La plupart des affections suspectes de la peau, désignées autrefois sous les noms de cancer du visage, cancer du scrotum, cancer du prépuce, cancer de la peau des membres, etc., ne sont autre chose que des cancroïdes.

10° La marche du cancroïde est beaucoup plus lente en général que celle du cancer. La durée moyenne de la vie, lorsqu'on abandonne ces affections à elles-mêmes, est beaucoup plus considérable pour le cancroïde de la peau que pour le cancer, presque dans la proportion de dix à un. (Voy. p. 363.)

11° Le cancer débute, en général, par une tumeur circonscrite; le cancroïde débute soit par un bouton à base diffuse, soit par une verrue, soit par une hypertrophie papillaire, soit par une surface à peine indurée, fendillée ou exulcérée, qui, pendant longtemps, se recouvre de croûtes avant de devenir le siége d'une ulcération véritable.

12° Ces caractères sont tellement tranchés, que de tout temps les cliniciens en avaient été frappés, et avaient cru devoir distinguer par un nom particulier les tumeurs que nous désignons aujourd'hui sous le nom de cancroïdes.

13° Les ulcères cancéreux donnent lieu à des hémorrhagies beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus abondantes que les ulcères cancroïdes.

14° Le cancer envahit les ganglions beaucoup plus fréquemment et beaucoup plus rapidement que le cancroïde.

15° Le cancer et le cancroïde, abandonnés à eux-mêmes, se termi-

nent, en général, par la mort; mais la mort, dans le cas de cancroïde, ne présente rien de spécial; elle est la conséquence soit du siége de la tumeur, comme dans le cas de cancroïde du larynx, soit de l'épuisement produit par la suppuration; soit d'une sorte d'infection putride produite par la résorption ou par la déglutition des matières que sécrète l'ulcère, etc. Dans le cancer, les mêmes phénomènes peuvent entraîner la mort; mais, de plus, le cancer détermine une intoxication spéciale, la cachexie cancéreuse ou l'infection cancéreuse.

16° Le cancroïde et le cancer peuvent récidiver après l'extirpation; mais l'étude des récidives montre de nouvelles différences entre ces deux affections.

17° Au point de vue de la fréquence, il est démontré que la récidive du cancer est infiniment plus fréquente que celle du cancroïde. La vérité de cette proposition a été reconnue et proclamée à toutes les époques, et longtemps avant l'intervention du microscope.

18° Il est certain qu'on guérit par l'opération un grand nombre de cancroïdes; il est douteux qu'on ait jamais guéri le véritable cancer.

19° Le cancroïde ne récidive que par continuation, c'est-à-dire dans la sphère d'action locale de la tumeur primitive, soit sur place, soit par irradiation, soit dans les ganglions correspondants, ce qui n'a lieu, du reste, que par exception. Le cancer récidive souvent de la même manière, mais souvent aussi il récidive par repullulation véritable sur un point quelconque de l'organisme.

20° A l'autopsie des individus morts par les progrès du cancer, on trouve très-souvent, environ une fois sur deux, des cancers multiples disséminés dans les organes internes, et méritant le nom de cancers par infection. Rien de pareil ne se constate à l'autopsie des individus morts de cancroïde. Sur plus de cinquante autopsies de ce genre faites en France, il n'y en a pas une seule où on ait trouvé des cancroïdes multiples, et l'exception unique citée par M. Paget, lors même qu'elle serait sans réplique, serait de nature, par son excessive rareté, à contraster, de la manière la plus frappante, avec l'excessive fréquence des cancers par infection.

21° Le cancroïde est une tumeur, le cancer est une maladie; le premier est le résultat d'une affection locale du système tégumentaire, le second est dû à une affection générale de l'économie.

22° La distinction entre le cancroïde et le cancer a été pressentie, indiquée ou même développée par un grand nombre de chirurgiens pendant la durée du siècle qui vient de s'écouler. L'anatomie pathologique n'a fait que confirmer et rendre irrécusable une distinction déjà reconnue par la pathologie proprement dite.

La dissidence profonde qui existe entre les opinions de votre rapporteur et celles de M. Heyfelder, sur la question du cancroïde, ne doit pas nous empêcher, Messieurs, de rendre justice à ce candidat. Le sujet qu'il a traité est un de ceux qui sont encore en litige et sur lesquels il est bien permis de n'être pas d'accord. En choisissant ce sujet controversé, il s'est proposé de soulever dans le sein de notre Société une discussion qui ne pourra manquer d'être utile. Nous devons lui en savoir gré. Permettez-moi d'ajouter que ce jeune chirurgien est l'auteur d'un mémoire intéressant sur les *fausses routes de l'urèthre*, ouvrage déjà imprimé et dont, par conséquent, je ne dois pas vous présenter l'analyse. Il est agrégé à la Faculté de médecine d'Erlangen et porte déjà dignement un nom que son père a rendu célèbre dans la chirurgie.

En conséquence, votre Commission a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer le mémoire de M. Oscar Heyfelder au comité de publication.

2° De conférer à l'auteur le titre de membre correspondant étranger de la Société de chirurgie.

(Ces deux conclusions ont été adoptées successivement dans la séance du 30 août 1854. La discussion qui a suivi le rapport de M. Broca est consignée dans le tome V des Bulletins de la Société de chirurgie, page 82 et suivantes, séances des 16, 23 et 30 août 1854.)

Ostéosarcome du maxillaire inférieur; résection de l'os, par le docteur Silbert (d'Aix).

Le sujet de cette observation est un enfant de huit ans, né de parents bien portants et appartenant à une famille qui n'a pas de précédents cancéreux. Il a lui-même joui d'une excellente santé jusqu'au moment où le mal auquel nous avons été appelé à remédier s'est déclaré.

Il y a huit mois les dents incisives inférieures de cet enfant s'ébranlèrent, tombèrent, et ne furent pas remplacées. Dès cette époque ses parents s'aperçurent que le bord alvéolaire était gonflé, mais ils attachèrent peu d'importance à cette particularité, qu'ils prirent pour un simple accident de la seconde dentition, et ce ne fut que six mois plus tard, il y a par conséquent deux mois, qu'ils consultèrent deux médecins de leur localité. Le dernier auquel ils s'adressèrent comprit la gravité du cas, et nous adressa le jeune malade, que nous vîmes le 20 novembre 1856, il était alors dans l'état suivant :

La portion mentonnière du maxillaire inférieur formait une tumeur ovoïde à peu près régulière qui refoulait la langue en arrière, et faisait fortement saillir le menton en avant. La base de l'os participait à ce gonflement qui offrait une consistance osseuse tant à sa face linguale,

qu'à sa face cutanée dans ses deux tiers inférieurs, tandis que sa partie alvéolaire, dépourvue de dents, était molle, et présentait une fausse fluctuation.

Il nous sembla évident que nous avions sous les yeux une tumeur qui, née dans le canal médullaire, en avait écarté les parois antérieure et postérieure, et, trouvant enfin moins de résistance en haut, avait détruit les cloisons des alvéoles, délogé les dents et s'était fait jour sur le bord alvéolaire. Ce qui vint nous confirmer dans cette opinion c'est que l'un des médecins qui avaient vu le malade avant nous s'était laissé prendre à cette apparence de fluctuation, et, croyant à l'existence d'un kyste osseux, avait pratiqué dans la partie molle de la tumeur une ponction qui n'avait donné que du sang. L'existence d'un ostéosarcome nous paraissait donc hors de doute, et comme les ganglions sous-maxillaires étaient sains d'ailleurs, nous ne vîmes d'autre moyen de traitement à employer que la résection de l'os.

Les parents informés de la gravité du cas ramènent l'enfant vingt jours après, le 9 décembre, pour le faire opérer.

Ce jour-là nous reconnaissons que la tumeur a notablement augmenté depuis le jour où nous l'avons examinée pour la première fois. La saillie du menton est beaucoup plus prononcée. La tumeur présente, du reste, absolument les mêmes caractères. Les deux incisives du côté droit et l'incisive moyenne du côté gauche manquent. L'incisive latérale gauche et la canine droite sont déviées et ébranlées, et répondent l'une et l'autre aux limites de la tumeur. MM. Goyrand, Payan, Savournin et Bourguet jugent comme moi que l'os doit être scié à droite sur l'alvéole de la première molaire et à gauche sur celle de la canine.

Je pratique l'opération le 11 décembre en présence et avec l'aide de ces honorables confrères.

Notre intention était d'épargner au petit malade une partie des douleurs en exécutant, pendant le sommeil chloroformique, les premiers temps seulement de l'opération, que nous ne voulions pas terminer pendant le sommeil anesthésique, parce que nous aurions craint l'asphyxie par pénétratrion du sang dans les voies aériennes.

Le malade, assis sur une chaise en face d'une fenêtre, est donc soumis aux inhalations, et les deux dents qui correspondent aux points sur lesquels doit porter la scie sont extraites sans que le malade en ait presque conscience. Nous faisons encore quelques inhalations parce que la sensibilité paraît se réveiller un peu et nous commençons.

Incision médiane de la lèvre, de toutes les parties molles du menton, de la peau et de la couche sous-cutanée de la région sous-maxillaire jusque près de l'os hyoïde; dissection rapide des deux lambeaux jus-

qu'en arrière de la tumeur osseuse; un bistouri à lame étroite fraye ensuite un passage au stylet qui doit conduire la scie à chaîne sur la face concave de l'os; l'os est scié d'abord à droite, puis à gauche : dans ce dernier point la section est longue et difficile, ce qui tient à la dureté de l'ivoire de la dent canine de seconde dentition, qui, déjà développée dans le fond de l'avéole, a été sciée avec l'os. A droite la section n'a pas été nette; la scie ne marchait pas très-bien, et, par l'effet de la pression d'arrière en avant, combinée avec les tractions alternatives sur les deux poignées de l'instrument, la lame externe de l'os, déjà altérée, a éclaté. La section a dû par conséquent de ce côté être complétée et régularisée avec une scie à phalanges.

Immédiatement après la section de l'os, nous traversons la partie antérieure de la langue d'un fil ciré destiné à retenir cet organe en avant, dans le cas où tendrait à se produire le renversement de la langue en arrière, qui a compromis le succès de plusieurs opérations de ce genre. Cette précaution prise, la portion malade de l'os, séparée par les deux traits de scie, a été renversée en avant, et les parties molles ont été détachées de sa face linguale.

Une seule artère a dû être liée pendant la dissection du lambeau gauche; la coronaire labiale a donné deux jets de sang au moment de la première incision, mais le sang a été arrêté aussitôt par la pression que l'un des aides a exercée sur les lambeaux; après que la pièce osseuse a été détachée, la rétraction du genio-glosse a produit au-dessous de la langue un angle rentrant du fond duquel du sang s'écoulait, sans jet, mais en assez grande abondance. Un petit morceau d'éponge imbibé de perchlorure de fer, porté dans ce creux à deux trois reprises différentes, à l'aide d'une pince, a fini par arrêter tout à fait l'écoulement du sang, et j'ai pu procéder au pansement.

Les deux bords de la section de la lèvre et du menton ont été rapprochés par trois points de suture entortillée, une quatrième aiguille a rapproché la partie antérieure des chairs de la région sous maxillaire ; une mèche a été placée dans l'angle sus-hyoïdien de la plaie; le fil qui traversait la langue a été fixé à la tempe au moyen d'une bandelette agglutinative.

Compresse imbibée d'eau froide sur la plaie; eau froide pour boisson.

Après l'opération la peau était froide, le pouls petit; la réaction s'est opérée lentement. Dès le lendemain de l'opération (12 décembre) gonflement très-considérable de la langue et des tissus sous-linguaux, qui soulève la région sus-hyoïdienne, le menton et la lèvre inférieure, et rend ces dernières parties aussi saillantes qu'elles l'étaient avant l'opération par le fait de la tumeur osseuse. Pouls excessivement rapide

(plus de 140 pulsations); la déglutition des liquides n'est pas cependant très-difficile, mais la plus grande partie de ceux qu'on introduit dans la bouche s'écoule par la portion béaute de la plaie.

Le 13, gonflement encore augmenté, pouls plus rapide (160 pulsations) : la déglutition se fait toujours pourtant, la langue n'a aucune tendance à se porter en arrière, et le fil qui traverse cet organe, évidemment inutile à ce point de vue, et pouvant d'un autre côté augmenter l'irritation dont les parties sont le siége, je le retire. Un cataplasme émollient est appliqué sur la région sus-hyoïdienne.

Le 14 au matin, diminution du gonflement, pouls un peu moins fréquent, l'aiguille du bord libre de la lèvre est retirée, l'adhésion est solide.

Je quitte le malade ce jour-là, et je le laisse aux soins de mon beau-père, M. le docteur Goyrand, qui me donne sur ce qui s'est passé depuis cette époque les détails suivants :

Le 15 la tuméfaction des parties et la fréquence du pouls ont continué à diminuer, les deux aiguilles qui restent à la lèvre et au menton sont retirées, et nous constatons que la réunion est parfaite; suppression du cataplasme.

Le 16, pouls à 124. La région sus-hyoïdienne est bien moins tendue encore. Nous retirons la dernière aiguille, celle de la partie antérieure de la région sus-hyoïdienne; la partie du bord de la plaie qu'elle tenait affrontée s'écarte à l'instant jusqu'au-dessous du menton, et il s'en échappe du pus, quelques escarres et des débris d'aliments.

Le 20, la fièvre est tout à fait nulle, le malade prend avec appétit des aliments liquides (lait, chocolat, potage au vermicelle et à la semouille); quelques parties de ces aliments s'échappent encore par la plaie qui laisse s'écouler aussi une quantité considérable de salive; probablement toute celle qui provient des glandes sous-maxillaires et sub-linguales. Le malade est levé et se promène dans sa chambre.

Le 22 la plaie marche bien; les bords sont d'un bel aspect et se sont assez rapprochés, depuis avant-hier; mais sous la langue existe un vide considérable dont la surface est vermeille et couverte de bourgeons charnus de bonne nature. Du reste quoique la langue ne soit pas fixée en avant, elle se meut parfaitement. L'enfant parle très-bien, il reprend chaque jour des forces et marche du matin au soir : enfin tout fait espérer un prompt rétablissement.

Le 4 janvier 1857, la plaie du petit opéré marche rapidement vers la guérison. Il ne reste plus qu'une petite ouverture sous-maxillaire par laquelle la salive continue à s'écouler, mais cette ouverture se rétrécit de jour en jour. Les bouts des deux moignons se sont nécrosés; j'ai enlevé aujourd'hui une petite portion d'os qui s'était séparée par exfo-

liation, c'était le bord postérieur de la surface résultant de la section du maxillaire, du côté droit; l'enfant a mangé, ce matin, avec grand appétit, du beuf à la mode avec de la mie de pain. Il est très-gai et il a repris toutes ses forces.

Le 14, le malade qui a quitté Aix depuis huit jours, pour retourner dans son village, m'est amené par sa tante; la cicatrisation est parfaite, les deux moignons du maxillaire portés l'un vers l'autre sont séparés par un intervalle d'un centimètre et demi à peine. Le tissu inodulaire qui leur sert d'intermédiaire offre une assez grande résistance et les assujettit parfaitement. Le petit opéré a dû cependant depuis quelques jours renoncer aux aliments solides et se borner à se nourrir de potages. Il se plaint d'un sentiment de piqûre assez vif qu'il éprouve au bout de la langue toutes les fois qu'il veut se livrer à la mastication. C'est à deux portions nécrosées de l'extrémité du moignon gauche, l'une presque rectiligne répondant au bord antérieur de la section de l'os, l'autre recourbée et plus longue appartenant au bord postérieur, que sont dues les souffrances du malade. Je les extrais l'une et l'autre sans peine, avec une pince à pansement.

Le 1er février, cinquante-deux jours après l'opération : le petit malade sort en ce moment de chez moi; sa guérison est parfaite. La cicatrice des parties molles bien solide à la lèvre et à la région mentonnière est tout à fait linéaire; les deux moignons du maxillaire ont continué à se rapprocher et ils se rencontrent presque à la base de la mâchoire, où ils sont séparés par un intervalle de deux ou trois millimètres à peine; mais à partir de ce point les deux moignons s'écartent en formant un V ouvert au bord alvéolaire. Le tissu qui les réunit est donc très-court, mais il est en même temps très-solide, car la mobilité des deux fragments du maxillaire est presque nulle, comme il est aisé de le constater en imprimant à l'un et à l'autre, en même temps, un mouvement en sens inverse de bas en haut et de haut en bas. Une cicatrice solide ayant tout à fait l'aspect de la membrane gingivale recouvre la section des deux bouts du maxillaire jusqu'à leur point de contact où le plancher de la bouche vient se confondre complétement dans l'inodule.

Mon petit opéré a repris entièrement son régime et ses habitudes, il mange du pain de ferme souvent très-dur et le mâche avec facilité, excepté la croute du dessus qu'il a encore de la peine à broyer. Il parle très-bien et sans aucune difficulté de prononciation; en outre, au point de vue des formes, le résultat est aussi beau qu'on pouvait le désirer. Le visage de cet enfant, naguère défiguré par la saillie que la tumeur formait au menton, est beaucoup plus régulier et moins disgracieux qu'avant l'opération.

Cette observation nous semble remarquable à plus d'un titre. Le

premier point qui nous ait frappé dans ce cas, c'est la rareté d'une pareille affection à un pareil âge. Aussi avons-nous cru devoir soumettre intacte la tumeur que nous avons enlevée à l'examen d'un micrographe habile pour être complétement édifié sur sa nature, et cette circonstance explique le silence complet que nous avons gardé dans notre observation sur la pièce pathologique elle-même. C'est un de vos collègues, M. le docteur Broca, qui a bien voulu se charger de ce soin, et j'espère que cet honorable confrère communiquera lui-même à la Société le résultat de ces recherches, qui sont le véritable complément de mon travail.

J'appellerai encore, à une autre point de vue, l'attention des praticiens sur les accidents si graves qui sont survenus chez mon petit malade dès le lendemain de l'opération. Quelle en pouvait être la cause? Je crois que l'action du perchlorure de fer qui a laissé dans la plaie une croute adhérente produite par la combinaison du perchlorure avec le sang, a contribué surtout à produire ce gonflement si considérable des parties, et que l'irritation produite par les fils cirés qui traversaient la langue, a pu, comme je l'ai dit déjà, ne pas être tont à fait étrangère à ces accidents; mais il fallait bien pourtant prendre d'abord des précautions contre le renversement possible de la langue en arrière, et ensuite arrêter l'écoulement du sang qui se faisait avec assez d'abondance. Dupuytren et, après lui, Lisfranc ont signalé cette hémorrhagie et le creux sous-lingual qui en est le siége; le premier y remédiait par l'application du cautère actuel sur ce point et il rendait cette cautérisation plus facile et plus sûre en faisant ressortir cet angle rentrant au moyen du doigt porté profondément sur la face dorsale de la langue. Ce mode de cautérisation, plus effrayant que le perchlorure de fer, aurait peut-être, en définitive, moins d'inconvénient; mais je crois qu'on pourrait prévenir à la fois et cette hémorrhagie et le renversement de la langue par un moyen bien plus simple. Si l'on réfléchit en effet que le renversement de la langue est la conséquence de la section des génio-glosses, et que c'est dans l'angle rentrant sous-lingual formé par la rétraction des faisceaux de ce muscle qu'est la source de l'hémorrhagie, ne serait-il pas logique, avant de détacher la pièce osseuse, d'isoler par la dissection les génio-glosses, de poser une ligature sur le sommet de ces muscles, et de les comprendre dans la suture soit en les traversant avec une des aiguilles, ce qui, bien que conseillé, est impraticable par les procédés ordinaires, soit en fixant les fils qui embrassent les génio-glosses à une de ces aiguilles. Pour moi, si j'avais à pratiquer de nouveau la résection de la partie moyenne du maxillaire inférieur, je n'hésiterais pas à suivre cette méthode, et je suis convaincu qu'elle me permettrait de remplir avec facilité la double indication dont je parle.

Tumeurs myéloïdes de la mâchoire. — Rapport sur la candidature de M. Silbert (d'Aix), candidat au titre de membre correspondant national.

Lu à la Société de Chirurgie le 1er juin 1859, par M. Broca.

Messieurs,

Il y a plus de deux ans déjà qu'une Commission composée de MM. Laborie, Guérin et Broca a été chargée de vous faire un rapport sur les titres et la candidature de M. Silbert, d'Aix, candidat à l'une des places de correspondants nationaux qui sont actuellement vacantes.

Désigné comme rapporteur de cette Commission, je dois avant tout vous expliquer pourquoi je ne me suis pas plus tôt acquitté de ma tâche; car les honorables fonctions dont votre confiance m'a investi m'imposent le devoir de ne pas donner ici l'exemple de l'inexactitude.

L'observation de M. Silbert est relative à une tumeur myéloïde de la mâchoire inférieure, affection longtemps confondue avec le cancer sous le titre général d'osteosarcome, distinguée seulement depuis quelques années, et aujourd'hui encore incomplétement connue. Tous ceux qui ont pris la peine de se livrer à un examen anatomique attentif savent bien que ces tumeurs myéloïdes, dont les caractères microscopiques sont tout à fait spéciaux, et dont la structure peut même se reconnaître à l'œil nu, constituent une lésion particulière, entièrement distincte de celles qui caractérisent les productions cancéreuses. Mais, ici, comme dans tous les cas où la distinction anatomique précède la distinction clinique, il faut éviter de se prononcer trop vite sur le degré de gravité de cette nouvelle espèce de tumeur, et de porter un pronostic théorique qui pourrait ne pas être confirmé par l'expérience. La question de la récidive, qui se présente la première dans l'histoire des productions accidentelles, ne peut être résolue que par l'observation prolongée des opérés; la structure plus ou moins homœomorphe des tumeurs ne fournit à cet égard que des probabilités insuffisantes, et le souvenir des déceptions que nous avons éprouvées depuis douze ans doit nous rendre plus circonspects aujourd'hui que nous n'avons pu l'être à une autre époque. Voilà qourquoi, avant de vous entretenir de l'observation de M. Silbert, j'ai voulu attendre qu'un certain laps de temps se fût écoulé depuis l'opération pratiquée par ce chirurgien.

Vous voudrez bien, Messieurs, ne pas conclure des réflexions précédentes que votre rapporteur ait renoncé à la doctrine qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de soutenir devant vous. Le grand fait, le fait capital que des différences matérielles visibles à l'œil accompagnent celles que révèle le microscope, se confirme chaque jour de plus en plus; et

cet autre fait, que des différences de marche et de gravité appréciables pour les cliniciens coïncident avec les distinctions de l'anatomie pathologique, a survécu, j'ose le dire, aux vives controverses qui ont ému il y a quelques années la chirurgie parisienne. Depuis que des exemples bien authentiques nous ont prouvé que les tumeurs réputées les plus inoffensives, les chondrômes et les fibrômes par exemple, peuvent récidiver et se généraliser dans les viscères, depuis qu'on a vu un très-grand nombre de productions accidentelles, même parmi celles que les cliniciens, longtemps avant l'aide du microscope, savaient déjà distinguer du cancer, revêtir éventuellement une marche maligne comparable à celle des cancers les plus redoutables; en un mot, depuis que le phénomène de la malignité a cessé d'être pathognomonique, on doit se garder à la fois de déclarer qu'une tumeur est nécessairement et constamment bénigne par cela seul qu'elle ne renferme pas d'éléments cancéreux, et de déclarer qu'elle est cancéreuse par cela seul qu'elle a plus ou moins de tendance à la récidive ou à la généralisation. De ces deux erreurs opposées et également fâcheuses, l'une, la seconde, a été plus d'une fois commise par les cliniciens, et je confesse sans hésitation que les micrographes n'ont pas toujours su se mettre à l'abri de la première. Il est évident, en effet, que la bénignité des tumeurs fibro-plastiques est bien moins fréquente qu'on ne l'avait d'abord espéré. Les tumeurs épithéliales ont mieux répondu à notre attente; il est certain toutefois que l'épithélioma des muqueuses est plus grave qu'on n'avait pu le croire lorsqu'on prenait celui de la peau pour type des descriptions. Mais ceux qui, en proclamant l'inexactitude de ces deux pronostics anticipés, ont substitué, suivant la loi des oscillations, à ce premier écart, un écart inverse, qui ont exagéré la malignité des tumeurs fibro-plastiques et surtout des cancroïdes épithéliaux jusqu'à ce qu'elle devînt égale à celle du cancer, et qui finalement ont cru pouvoir en conclure que les distinctions microscopiques n'empêchaient pas toutes ces tumeurs d'être d'une seule et même nature, — ceux-là me permettront bien de leur dire qu'à leur tour ils n'ont pas procédé avec une logique rigoureuse. Dans la série des objets complexes que nous présente la nature, et lorsque nous voyons les caractères multiples des analogies et des dissemblances se répartir avec tant de diversité et de confusion apparente, ce n'est pas sur un seul caractère, mais sur l'ensemble des caractères que doivent reposer les classifications, et cette méthode, qui, dans l'étude des animaux et des plantes, porte le nom de méthode naturelle, doit s'appliquer aussi, à plus forte raison, à l'étude bien autrement difficile, des maladies et des lésions. L'égalité dans le pronostic constituerait un caractère commun, d'une très-haute importance, mais ce ne serait pas une raison pour faire table rase de tous les

autres caractères. C'est ce qu'ont fait pourtant beaucoup d'éminents praticiens; ils ont oublié qu'il suffit d'un seul trait distinctif bien nettement constaté pour différencier deux choses, que ces choses soient des corps inertes, ou des êtres animés, ou des tissus normaux, ou des productions pathologiques. Il me paraît d'ailleurs que pour arriver à accorder le même degré de gravité aux tumeurs cancéreuses, aux tumeurs épithéliales et aux tumeurs fibro-plastiques, ils ont notablement exagéré le pronostic de ces deux dernières tumeurs, et surtout celui des épithéliomas dont la bénignité relative était reconnue et proclamée bien longtemps avant l'intervention du microscope. Mais je ne veux pas insister davantage sur ce point de doctrine; mon but, en faisant appel à des exemples célèbres dans l'histoire de la chirurgie contemporaine, n'est pas de réveiller des discussions qu'aucun de nous n'a pu oublier encore; j'ai voulu seulement, par le souvenir du passé, montrer la nécessité de faire marcher de front l'étude de tous les caractères anatomiques et physiologiques, de n'en dédaigner aucun, et de ne plus séparer l'une de l'autre, comme on l'a fait dans l'origine, comme beaucoup de personnes le font encore, l'observation microscopique et l'observation clinique, ces deux grandes sources de nos connaissances sur les tumeurs.

Le moment n'est pas encore venu, Messieurs, d'entreprendre la description dogmatique des tumeurs myéloïdes. Le nom même sous lequel nous les désignons est loin d'être nettement déterminé, et a déjà donné lieu à plus d'une confusion.

Le 20 octobre 1849, dans une courte note communiquée à la Société de Biologie, M. Robin décrivit un élément particulier, qui chez les fœtus et les jeunes sujets se trouve dans le suc médullaire du tissu spongieux et à la surface de la moelle des os longs, au contact du tissu osseux proprement dit; ce sont de grandes lamelles très-plates, très-minces, irrégulières dans leurs contours, contenant dans leur épaisseur de six à dix noyaux fixés et comme incrustés au sein d'une gangue transparente et solide (1). Dans une communication ultérieure (19 janvier 1850), M. Robin désigna ces lamelles sous le nom de *plaques à noyaux multiples*. Déjà dans sa première note, il avait annoncé que certaines tumeurs des os sont formées par l'accumulation des plaques à noyaux multiples. Mais ces tumeurs dont il avait vu quelques exemples, avaient déjà attiré l'attention de deux autres observateurs. M. Lebert en conservait un dessin, et M. le professeur Voss, de Christiania, qui me faisait alors l'honneur de suivre mes cours d'anatomie, m'avait montré une

(1) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1re série, t. I, p. 150, oct. 1849.

planche sur laquelle il avait représenté ces éléments microscopiques, provenant d'une tumeur du premier métatarsien. Ce n'est donc pas M. Robin qui a vu pour la première fois les plaques à noyaux multiples, mais c'est lui qui a découvert qu'elles existent à l'état normal dans certaines parties de l'organisme, c'est à lui par conséquent que nous devons de savoir que leur accumulation pathologique constitue des tumeurs *homœomorphes.*

Quelques mois plus tard, M. Robin, décrivant une tumeur de la mâchoire inférieure, où les plaques à noyaux multiples formaient l'élément prédominant, et où on trouvait en outre du tissu cellulaire et du tissu fibro-plastique, fit remarquer qu'il y a deux espèces bien distinctes d'épulis, l'une provenant du périoste et constituée seulement par des éléments fibreux et fibro-plastiques; l'autre provenant du tissu osseux du maxillaire, et constituée surtout par les plaques à noyaux multiples (1).

La nouvelle variété de tumeurs décrite par M. Robin, quoique nettement distinguée des tumeurs fibro-plastiques, n'avait pas encore reçu de nom spécial, et ce fut seulement en 1853 que M. Paget créa le nom de tumeurs myéloïdes; dénomination fort convenable, puisqu'elle exprimait l'analogie qui existe entre les éléments de ces tumeurs et l'un des éléments normaux de la moelle des os.

Mais si le mot était bon, l'application qui en fut faite ne fut pas heureuse. En lisant, dans l'ouvrage de M. Paget, le chapitre des *tumeurs myéloïdes* (2), on voit, dès la première page, que l'auteur a compris sous ce titre toutes les tumeurs fibro-plastiques de M. Lebert. Le mal aurait été sans gravité, si M. Paget s'était borné à remplacer un mot par un autre; tout ce qu'on aurait pu dire, c'est que les éléments fibro-plastiques normaux n'ayant point spécialement leur siége dans la moelle, le mot myéloïde était assez mal choisi pour désigner les tumeurs fibro-plastiques. Mais en poursuivant la lecture du chapitre, on ne tarde pas à reconnaître que l'auteur a réuni et confondu dans une seule et même description, d'une part, les tumeurs fibro-plastiques découvertes par M. Lebert, et d'une autre part les tumeurs à éléments médullaires caractérisées par M. Robin. J'ai peine à comprendre que cette confusion ait pu s'introduire dans l'esprit ordinaire si net et si sagace de M. Paget. Est-ce parce qu'on trouve fréquemment des éléments fibro plastiques dans les tumeurs dont les plaques à noyaux multiples forment l'élément fondamental? Mais, qui ignore, que ces mêmes élé-

(1) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1re série, t. II, p. 8, janvier 1850.

(2) James Paget, *Lectures on Tumours*, Lond., 1853, in-8°, p. 212-228.

ments fibro-plastiques peuvent figurer à titre d'élément accessoire dans la structure de presque toutes les tumeurs? Qui ignore que M. Lebert a réservé exclusivement le nom de tumeur fibro-plastique pour les productions accidentelles où les fibres et les noyaux fibro-plastiques constituent l'élément fondamental, l'élément *autogène?* Est-ce parce que beaucoup de tumeurs fibro-plastiques renferment, outre les fibres et les noyaux propres à leur tissu, des cellules à un ou plusieurs noyaux qui, pour être moins communes que les autres éléments, n'en ont pas moins trouvé place dans la description des productions fibro-plastiques? Une note placée au bas de la page 213 du livre de M. Paget, donne bien quelque fondement à cette supposition, mais les cellules fibro-plastiques, même celles qui renferment plusieurs noyaux, diffèrent tellement des plaques à noyaux multiples, qu'il est très-difficile de les confondre. Quoi qu'il en soit, M. Paget, fusionnant en un seul groupe deux espèces bien différentes, adopta pour les désigner une dénomination qui convenait seulement à l'une d'elles, et comme les tumeurs à élément médullaire dont le nom fut imposé à ce groupe artificiel, sont incomparablement moins communes que les tumeurs fibro-plastiques, il en résulta que les caractères de celles-ci prédominèrent de beaucoup dans la description du groupe, et qu'il n'y eut plus de parallélisme entre le nom et la chose. M. Paget, dans une note que je viens de citer, avait fait il est vrai quelques réserves. Il avait annoncé que les tumeurs exclusivement composées de fibres fibro-plastiques ne devaient pas être comprises au nombre des myéloïdes, et qu'il fallait plutôt les considérer comme des tumeurs fibreuses ou fibroïdes rudimentaires, mais cette remarque, perdue au bas d'une page, ne détruisit pas l'impression produite par le texte proprement dit; et aujourd'hui, dans le langage habituel d'un grand nombre de chirurgiens anglais, les tumeurs myéloïdes correspondent assez exactement à celles que nous appelons tumeurs fibro-plastiques.

Tel a été le point de départ d'une confusion dont les conséquences ont ensuite rayonné sur nous. Nous n'avions aucun mot pour désigner les tumeurs particulières dont M. Robin avait fait connaître la structure, et toutes les fois que nous voulions en parler, nous étions obligés de recourir à une longue périphrase; aussi le titre de myéloïde, vulgarisé en Angleterre par les élèves de M. Paget, fut-il adopté en France avec empressement; et le même mot, qui, de l'autre côté du détroit, désignait surtout les tumeurs fibro-plastiques, fut pris parmi nous dans un sens plus restreint et plus exact, pour désigner exclusivement les tumeurs constituées par des myéloplaxes ou plaques à noyaux multiples. Jusque-là c'était fort bien, et nos tumeurs myéloïdes, pourvues d'un nom qui leur convenait parfaitement, pouvaient prendre dans

nos classifications une place bien déterminée. Nettement séparées de la classe des tumeurs fibro-plastiques, il devenait possible de les étudier avec précision.

Mais en acceptant la dénomination créée par M. Paget, on ne s'était pas demandé si l'application qu'il en avait faite était bien exacte ; on ne soupçonnait pas qu'il y eût quelque différence entre l'acception anglaise et l'acception française ; lorsqu'on trouvait dans les journaux de Londres des observations intitulées *tumeurs myéloïdes*, au lieu d'y voir des exemples de ce que nous appelons les tumeurs fibro-plastiques, on croyait qu'il s'agissait des tumeurs myéloïdes proprement dites, et l'erreur était d'autant plus excusable que parmi ces faits d'origiue anglaise, il y en avait bien quelques-uns qui étaient relatifs à des myéloïdes véritables. Or, les vraies tumeurs myéloïdes sont assez rares ; chacun de nous n'en a vu qu'un petit nombre d'exemples bien caractérisés. En outre la plupart des observations s'arrêtent quelque jours après l'opération ; on n'a eu que rarement l'occasion de suivre les malades et d'étudier l'importante question de la récidive. Dans cette pénurie, et à défaut d'expérience personnelle suffisante, il était naturel d'accueillir evec empressement les faits venus de l'étranger ; le titre fallacieux de tumeurs myéloïdes, inscrit dans les publications anglaises en tête de beaucoup d'observations, fit accepter ces observations sans défiance, et on mit ainsi sur le compte des tumeurs myéloïdes proprement dites des caractères anatomiques et cliniques qu'il aurait fallu, en réalité, rapporter le plus souvent à des tumeurs fibro-plastiques. Il en est résulté plusieurs idées fausses. En premier lieu, on a été conduit à exagérer la fréquence des tumeurs myéloïdes, et à croire que la plupart des tumeurs non cancéreuses du squelette rentrent dans cette catégorie. En second lieu, on a appliqué à ces tumeurs une description clinique très-voisine de celle des tumeurs fibro-plastiques. Enfin, et ceci est plus grave encore, la confusion pénétra jusque dans le domaine de l'observation microscopique. Dans l'origine, on ne considérait comme myéloïdes que les tumeurs où les plaques à noyaux multiples constituaient l'élément fondamental et prédominant, mais ces tumeurs sont assez rares, et, avec l'idée préconçue qu'elles sont très-fréquentes, qu'elles forment la majeure partie des ostéosarcomes non cancéreux, on s'est laissé aller peu à peu, à ranger parmi les myéloïdes toutes les tumeurs du squelette où les plaques à noyaux multiples figurent seulement comme élément accessoire. Aujourd'hui, il suffit qu'il y ait dans les préparations quelques-unes de ces plaques, pour que, malgré la prédominance considérable des éléments fibro-plastiques, les tumeurs des os soient considérées comme des myéloïdes. J'ai pu m'en convaincre encore il y a peu de temps, à l'occasion d'une tumeur du

fémur, qui fut présentée à la Société de chirurgie. Un micrographe éminent l'avait désignée sous le nom de myéloïde, et lorsque je voulus vérifier ce diagnostic, je trouvai dans mes préparations que les plaques formaient à peine la dixième partie du tissu pathologique. Le reste était simplement fibro-plastique. C'était donc pour moi une tumeur fibro-plastique où les éléments autogènes étaient mêlés à une petite quantité de plaques à noyaux multiples.

Les lois qui président à l'organisation des blastèmes anormaux sont multiples, et il est deux ordres d'influences qui se font surtout remarquer au milieu des autres. D'une part, le blastème, en vertu de sa nature spéciale, tend à revêtir une certaine forme, et les éléments qui s'organisent sous cette influence constituent les éléments autogènes de la tumeur. D'une autre part, ce même blastème obéit plus ou moins à la *loi d'analogie de formation*, qui préside aux phénomènes normaux de l'accroissement et de la nutrition, et qui, à l'état pathologique, luttant avec plus ou moins de succès contre la *tendance propre* des blastèmes, détourne souvent une partie de la matière plastique de sa destination spéciale, pour lui faire revêtir une organisation analogue à celle des tissus environnants. C'est ainsi que se développent les aiguilles et les stalactites osseuses, quelquefois si abondantes, qui forment pour ainsi dire le squelette de beaucoup de tumeurs cancéreuses ou fibro-plastiques des os, et c'est de la même manière que, dans les ostéosarcomes de toute nature dont la moelle est le point de départ, on trouve fréquemment, en proportion plus ou moins considérable, de ces plaques à noyaux multiples, découvertes par M. Robin dans le tissu normal de la moelle.

Après avoir étudié par moi-même un certain nombre de myéloïdes autogènes, et un nombre bien plus grand de tumeurs réputées myéloïdes où les éléments fibroplastiques constituaient néanmoins l'élément principal et fondamental; — après avoir cherché et trouvé, dans l'histoire de la chirurgie contemporaine, l'origine de cette confusion de langage qui est devenue ensuite une confusion de faits, je suis devenu beaucoup plus avare du mot myéloïde, que ne l'est, par exemple, mon excellent ami et collègue Robin. S'il était permis à quelqu'un de se laisser aller à exagérer la fréquence et à étendre le domaine des tumeurs myéloïdes, c'était bien certainement à celui qui a l'honneur de les avoir découvertes. — Et toutefois cela n'eût point suffi pour entraîner au delà de la réalité l'esprit de ce savant aussi impartial que modeste, s'il n'eût, à son insu, cédé, comme beaucoup d'autres, à l'influence d'une erreur de langage commise par les chirurgiens anglais.

Je me suis efforcé, Messieurs, de rétablir les vrais caractères et les vraies limites des tumeurs myéloïdes, et j'espère que cette tentative ne

sera pas sans utilité pour l'avenir. Mais je ne dois pas me dissimuler que, pour ce qui concerne le présent, je ne fais que déchirer la page sur laquelle mes devanciers avaient écrit la description de ces tumeurs, de telle sorte que si ma voix est entendue, la science sur ce point restera plus pauvre qu'auparavant. C'est un sacrifice auquel je me résigne sans hésitation, car je suis de ceux qui pensent qu'il vaut mieux ne rien savoir que de savoir des erreurs. Il s'agit maintenant de recommencer l'histoire des myéloïdes, en ayant bien soin de n'admettre, comme base des descriptions anatomiques, que les tumeurs parfaitement caractérisées, et comme base des descriptions cliniques, que les observations dans lesquelles les malades ont pu être suivis pendant longtemps.

Je ne voudrais pas, Messieurs, qu'on pût conclure de mes paroles que je rejette comme non avenues toutes les observations qui ont été publiées jusqu'ici. Je veux dire seulement qu'avant de s'en servir il faudra les trier avec le plus grand soin, les argumenter avec sévérité, et mettre impitoyablement de côté : 1° toutes celles où la nature de la tumeur est simplement annoncée, sans description des éléments microscopiques; 2° toutes celles où il n'est pas dit expressément que les plaques à noyaux multiples formaient la totalité ou la presque totalité de la production accidentelle. J'ai trouvé dans les recueils plusieurs observations qui m'ont paru résister à cette double épreuve, et réunir toutes les conditions désirables d'authenticité et d'exactitude. Je les ai soigneusement mises de côté, me proposant d'abord de les résumer dans ce rapport, et de m'en servir pour esquisser la description didactique des tumeurs myéloïdes. Mais j'ai bien vite reconnu que ces matériaux étaient insuffisants pour servir de base à des conclusions définitives. Certaines observations, très-complètes sous le rapport anatomique, ont été publiées peu de temps après l'opération, et ne peuvent servir à résoudre la question des récidives. D'autres, plus écourtées encore, sont purement anatomiques et ne renferment absolument aucun renseignement sur les malades. Il m'a donc paru utile d'attendre de nouveaux faits. Je crois devoir vous annoncer néanmoins que les tumeurs myéloïdes, débarrassées du voisinage compromettant des tumeurs fibro-plastiques, me paraissent constituer un mal entièrement local, dont la bénignité peut être comparée à celle des chondrômes; que je ne connais aucun cas où elles aient envahi les ganglions lymphatiques; aucun cas où elles se soient généralisées dans l'organisme. J'ajoute que jusqu'ici elles ne se sont montrées que dans le squelette, et qu'elles ont leur siége de prédilection dans la mâchoire, notamment dans la mâchoire inférieure. La tumeur dont M. Voss m'a montré les croquis en 1849, provenait d'un métatarsien. J'ai examiné,

au mois de février dernier, un fragment de tumeur de l'extrémité supérieure du tibia, qui m'avait été donné par un élève de M. Chassaignac, et qui se composait presque uniquement de plaques à noyaux mutiples. Les myéloïdes n'ont donc pas exclusivement leur siége dans les mâchoires, mais c'est certainement dans cette partie du squelette qu'on les rencontre le plus souvent. L'observation déjà citée de M. Robin montre que certaines épulis à implantation profonde sont de véritables tumeurs myéloïdes. Je ne puis dire jusqu'à quel point cette variété d'épulis est fréquente ; j'ai étudié trois ou quatre fois les tumeurs pédiculées, dures et arrondies qui sortaient des mâchoires à travers les alvéoles, après avoir déterminé la chute de la dent. Ces tumeurs étaient fibreuses et fibro-plastiques. Je cite ce résultat pour qu'on ne soit pas tenté de croire que toutes les épulis soient de nature myéloïde.

Je viens de dire que, dans tous les cas authentiques qui sont venus à ma connaissance, les myéloïdes ont eu leur point de départ dans le tissu osseux. Sans prétendre donner cette origine comme nécessairement constante, je ne puis me dispenser de croire que la plupart des myéloïdes doivent se développer dans le squelette, parce que les plaques à noyaux multiples, considérées comme élément normal, n'existent que dans les os. De même que les chondrômes, qui ont leur siége le plus habituel dans le squelette, peuvent se développer également ailleurs, de même on peut admettre la possibilité du développement des myéloïdes dans les parties molles ; mais cette possibilité n'est pas encore démontrée.

J'ai été frappé d'une autre particularité : c'est que la plupart des sujets atteints de tumeurs myéloïdes étaient âgés de moins de trente ans. Une femme, dont je citerai tout à l'heure l'observation, avait trente-deux ans lorsqu'elle fut opérée ; mais le début du mal remontait déjà à plus de sept ans. Il me paraît donc probable que la jeunesse est plus exposée aux myéloïdes que la vieillesse ou l'âge mûr ; et si cette opinion, basée, je le reconnais, sur un trop petit nombre de faits, était démontrée exacte ultérieurement, elle se trouverait en harmonie avec ce que nous savons des plaques à noyaux multiples considérées à l'état normal; car ces éléments, comme je l'ai déjà dit, sont bien plus nombreux chez les nouveau-nés que chez les enfants âgés de quelques années, et deviennent de plus en plus rares à mesure que les sujets avancent en âge.

Après ces quelques remarques, que je n'ose pas appeler générales, je dois vous faire connaître l'observation qui fait l'objet de ce rapport, et qui est relative à un myéloïde du maxillaire inférieur opéré avec un succès complet par M. Silbert (d'Aix). Je vous demanderai la permission de rapprocher de ce fait une autre observation que j'ai recueillie l'année

dernière, et qui est relative également à un myéloïde du maxillaire inférieur.

Cette dernière observation a été communiquée en abrégé à la Société de chirurgie par M. Verneuil, qui avait bien voulu, à ma demande, recevoir la malade à l'Hôtel-Dieu, dans son service intérimaire. C'était une batelière âgée de trente-deux ans, qui avait toujours joui de la santé la plus florissante. La tumeur datait de près de huit ans. Elle avait débuté sur le bord supérieur de la moitié droite du maxillaire inférieur, et, après avoir fait tomber quelques dents, elle avait fait saillie au-dessus des gencives. Un médecin avait excisé la partie la plus saillante de la tumeur, qui avait continué à s'accroître lentement après cette ablation partielle. Lorsque la malade me fut adressée, la tumeur occupait toute la moitié droite du corps de la mâchoire, depuis la canine jusqu'à la dernière molaire. Elle était grosse comme un œuf de poule, et faisait dans la bouche une saillie considérable. Elle était tout à fait indolente et extrêmement dure; à tel point que sa face supérieure, creusée en gouttière pour recevoir les dents de la mâchoire opposée, servait aisément à la mastication. Il n'y avait aucune tendance à l'ulcération; aucun engorgement ganglionnaire. La santé générale était irréprochable; mais la tumeur continuait à s'accroître lentement. D'après les antécédents, tels que me les avaient fournis la malade et les personnes qui me l'avaient présentée, et d'après la marche et les caractères de la tumeur, il me parut évident qu'il ne s'agissait ni d'un cancer, ni d'une tumeur fibro-plastique. J'hésitai un peu avant de repousser l'idée d'une tumeur fibreuse. Toutefois, il me parut, en déprimant la gouttière de la face supérieure de la tumeur, que mon doigt rencontrait une résistance presque égale à celle d'un os. Je pensai donc que la tumeur était un de ces chondrômes dont la partie centrale est ossifiée dans une certaine étendue. Tel fut mon diagnostic, et j'avoue que je ne me demandai même pas s'il s'agissait d'une tumeur myéloïde, parce qu'aucune des tumeurs de ce genre que j'avais vues jusqu'alors n'approchait de la consistance, vraiment extraordinaire, de cette production accidentelle. Quoi qu'il en soit, je jugeai qu'il était indispensable de réséquer la moitié droite du maxillaire inférieur. N'ayant pas alors de service d'hôpital, je priai M. Verneuil de recevoir cette malade à l'Hôtel-Dieu. J'assistai à l'opération qui fut pratiquée très-habilement le 15 mai. La malade alla bien pendant quelques jours, mais un érysipèle de la face et du cuir chevelu, compliquée de méningite, la fit mourir le 26 mai 1858.

Après l'opération, la tumeur, examinée à l'extérieur, était aussi dure et même plus dure qu'un chondrôme, et je continuai à croire qu'il s'agissait d'une tumeur cartilagineuse ossifiée dans ses couches centrales.

Lorsque nous voulûmes pratiquer une incision dans cette tumeur, nous ne pûmes pénétrer, avec le bistouri, au delà de huit à dix millimètres, et pour aller plus loin il fallut recourir à la scie (voy. la planche fig. 1). La tumeur avait eu son point de départ dans la région alvéolaire. Elle était située tout entière au-dessus du canal dentaire ; commençant au niveau de la dent canine; elle s'étendait jusqu'à la dernière molaire, et s'arrêtait brusquement à la racine de l'apophyse coronoïde. Elle se composait de deux parties : la première, centrale, osseuse, presque éburnée, d'une dureté bien supérieure à celle du tissu compacte ordinaire et continue sans interruption avec le tissu propre du maxillaire, dont la dureté et la densité étaient notablement accrues ; la seconde, corticale, très-dense, très-ferme, présentait la consistance des tumeurs fibreuses les plus dures, quoiqu'on ne pût y découvrir aucune apparence de fibres, soit à l'œil nu, soit au microscope. La partie osseuse était disposée sous forme de masses irrégulières, de végétations inégales, anfractueuses, dont les intervalles étaient occupés par des prolongements de la substance corticale ; on trouvait même des îlots de cette dernière substance entièrement isolés au sein de la masse osseuse et pénétrant dans le corps du maxillaire jusqu'à quelques millimètres du canal dentaire. La substance corticale possédait une vascularité assez prononcée, sa couleur, d'un gris rougeâtre dans ses parties profondes, devenait décidément rouge dans ses couches les plus superficielles, où la vascularité était plus grande que partout ailleurs. Au microscope, elle se composait exclusivement de plaques à noyaux multiples (fig. 2), tandis que la partie osseuse ne renfermait que les éléments du tissu osseux. Il résulte de cette description que la masse morbide étaient entièrement homœomorphe ; qu'elle était formée, en totalité, d'éléments semblables à ceux qui existent normalement dans les os ; qu'elle appartenait à la classe des tumeurs myéloïdes, mais qu'un travail d'ossification avait envahi sa partie centrale, comme on l'observe d'ailleurs, dans beaucoup de tumeurs cartilagineuses, fibro-plastiques ou cancéreuses des os.

L'observation de M. Silbert, d'Aix, diffère à plusieurs égards de la précédente ; le sujet était un petit garçon âgé seulement de huit ans. Le développement du mal avait été assez rapide, car la tumeur, parvenue au volume d'une grosse noix le jour de l'opération, n'était devenue apparente que depuis deux mois ; mais lorsqu'elle devint appréciable, il y avait déjà six mois que les quatre incisives de lait étaient tombées. Ces dents n'avaient pas été remplacées. La masse morbide s'étendait d'une canine à l'autre, et correspondait très exactement à la région des incisives. Après l'opération, sur la pièce toute fraîche que M. Silbert porta à Paris, et qui vous fut présentée, il était aisé de voir que la production accidentelle avait dû débuter sur la moitié supé-

rieure de l'os, car le tissu du maxillaire, refoulé en arrière et surtout en avant, formait une large gouttière ouverte en haut, et la tumeur, entourée partout ailleurs d'une coque osseuse plus ou moins épaisse, faisait saillie dans la bouche à travers cette ouverture (fig. 3). M. Silbert pense que le mal a dû débuter dans le canal médullaire de l'os. A vrai dire, il n'y a point de canal médullaire dans le maxillaire inférieur; M. Silbert a voulu parler, sans doute, de ce tissu spongieux, plus ou moins raréfié, dans lequel pénétraient les racines des dents incisives. Quoi qu'il en soit, une couche osseuse, épaisse de deux à trois millimètres et parfaitement saine, sépare la tumeur du périoste qui recouvre le bord inférieur de la mâchoire. En tenant compte de cette circonstance et du premier symptôme qui a été la chute des incisives, il est permis de penser que c'est dans la région alvéolaire de l'os que la production accidentelle s'est développée. Une autre circonstance qui dépose dans le même sens, c'est que les dents de remplacement, encore incluses dans l'épaisseur de la mâchoire, servent de limite postérieure à la tumeur. En arrière de ces dents une couche osseuse, épaisse de quatre millimètres, a été parfaitement respectée par la maladie.

On peut dire, par conséquent, qne, dans ces deux observations de myéloïdes de la mâchoire inférieure, c'est dans la région alvéolaire que le mal a débuté. Tout permet de penser qu'il en avait été de même dans le cas que M. Robin communiqua en 1850 à la Société de biologie, car la tumeur, faisant exclusivement saillie dans la bouche, avait été d'abord prise pour une épulis simple. On croyait même encore, après la résection, qu'elle était purement périostale et qu'elle s'enfonçait tout au plus dans les alvéoles; mais un trait de scie montra qu'elle provenait réellement du tissu osseux environnant.

Le premier fait qui ressort de cette analyse, c'est que les myéloïdes de la mâchoire inférieure paraissent se développer primitivement dans le tissu spongieux qui entoure les alvéoles. On comprend ainsi pourquoi la chute des dents en est un des premiers symptômes.

Il ne faut pas croire toutefois que toutes les dents doivent nécessairement tomber; car sur la malade que j'ai adressée à M. Verneuil, il y avait encore une dent molaire solidement implantée dans la tumeur et singulièrement déplacée. Cette dent, en effet, refoulée en dedans et en avant, par suite de l'accroissement de la masse morbide, était venue se placer derrière l'incisive latérale du même côté. C'était une petite molaire; mais je n'ai pu savoir si c'était la première ou la seconde.

Au surplus, la chute plus ou moins complète des dents dépend en grande partie du degré de dureté de la production accidentelle, et ceci nous amène à parler de la structure des myéloïdes.

Chez le petit malade de M. Silbert, la tumeur était charnue dans

toute son étendue; sa consistance était uniforme, à peine inférieure à celle des tumeurs fibreuses; sa coupe était lisse et brillante, sa couleur, partout très-foncée, d'un rouge sombre en certains points, violacée et presque noirâtre ailleurs. On cherchait en vain, à la surface de cette coupe, l'apparence fibrillaire que présentent la plupart des tumeurs aussi fermes que celle-là. On n'y apercevait même qu'un très-petit nombre de vaisseaux extrêmement déliés; il était manifeste que la coloration du tissu n'était pas due simplement à la vascularité, et qu'elle dépendait d'une matière colorante particulière, imbibée dans toute l'étendue de la tumeur.

On a vu plus haut que, chez la malade de l'Hôtel-Dieu, la partie centrale de la tumeur était solidement ossifiée. Cette ossification centrale faisait entièrement défaut chez le petit opéré de M. Silbert. Etait-elle due, dans le premier cas, à la marche moins rapide de la tumeur, ou à l'âge plus avancé du sujet? ou dépendait-elle de la nature particulière de la maladie? Si cette dernière supposition était exacte, il faudrait admettre deux espèces de tumeurs myéloïdes, les myéloïdes purs et les ostéo-myéloïdes, de même que certains auteurs ont admis deux espèces de tumeurs cartilagineuses, les chondrômes purs et les ostéo-chondrômes, ou tumeurs ostéo-cartilagineuses. Sans me prononcer encore sur cette question, je suis disposé à penser que les tumeurs ostéo-myéloïdes ne constituent pas une espèce distincte, mais seulement une variété due à l'ossification partielle, consécutive et éventuelle des tumeurs myéloïdes proprement dites.

Quoi qu'il en soit, les éléments myéloïdes, étudiés au microscope, sont exactement les mêmes, non-seulement sur les deux pièces que je viens de décrire, mais encore sur la tumeur du tibia dont j'ai déjà parlé; sur la tumeur de la mâchoire présentée par M. Robin à la Société de biologie; sur la tumeur du métatarsien dont M. Voss m'a montré les croquis. Ce sont partout, comme sur les dessins que je vous présente, des plaques larges et minces, à contours peu réguliers, et paraissant souvent déchirées sur leurs bords (fig. 2 et 4). Leur largeur et leur longueur varient entre trois centièmes et un dixième de millimètre; les plus grandes, n'était leur transparence, pourraient par conséquent être distinguées à la simple loupe. Elles se composent de deux parties : une *gangue*, ou substance fondamentale, grenue, conservant sous les petits grossissements une teinte légèrement grisâtre, et des *noyaux* arrondis, ayant de six à huit centièmes de millimètre de diamètre. Ces noyaux, pourvus de nucléoles, sont surtout faciles à étudier après l'addition d'une goutte d'acide acétique. Ils sont les mêmes dans les plus grandes et dans les plus petites plaques; l'étendue des intervalles qui les séparent ne présente rien de fixe, mais elle n'est nullement proportionnelle aux di-

mensions des plaques, et il arrive souvent que, dans des plaques de diamètre à peu près égal, le nombre des noyaux varie de plus de moitié. On trouve même, çà et là, des plaques où on ne peut distinguer aucune apparence de noyaux, soit que ceux-ci n'existent plus, soit qu'ils n'aient jamais existé. Malgré ces variations, on peut dire qu'en général ce sont les plaques les plus grandes qui renferment le plus de noyaux; le nombre de ces derniers descend rarement au-dessous de quatre ou cinq et s'élève quelquefois jusqu'à quarante et même au delà.

Ainsi, tandis que la forme et les dimensions des plaques sont excessivement variables, la forme et les dimensions des noyaux peuvent être considérées comme à peu près fixes.

Les plaques qui composent les tumeurs myéloïdes ne sont pas libres et flottantes comme le sont les éléments de beaucoup de productions accidentelles. Elles sont cimentées les unes aux autres par une substance amorphe assez résistante; et c'est pour cela que dans les préparations on en déchire toujours un bon nombre. Il arrive souvent que le bord d'une plaque déchirée reste adhérent au bord ou à la surface d'une plaque voisine. J'ai représenté cette disposition sur un de mes dessins.

La grande solidité de la substance amorphe qui cimente les plaques explique pourquoi, malgré l'absence totale d'éléments fibrillaires, les myéloïdes présentent une fermeté et une résistance égales à celles de beaucoup de tumeurs fibreuses.

Tels sont, d'après les faits bien authentiques qui sont venus à ma connaissance, les principaux caractères anatomiques des tumeurs myéloïdes proprement dites. S'il fallait dès maintenant, en se basant sur les affinités histogéniques, indiquer la place que ces tumeurs doivent occuper dans les classifications, je dirais qu'elles me paraissent beaucoup plus rapprochées des tumeurs cartilagineuses que des tumeurs fibro-plastiques. Mais le moment de se prononcer sur cette question n'est pas encore venu.

La marche des tumeurs myéloïdes est assez variable. Le développement du mal a été assez rapide chez l'enfant opéré par M. Sibert. Il a été au contraire fort lent chez notre malade de l'Hôtel-Dieu. Il est digne de remarque que les deux tumeurs, au moment de l'opération, n'étaient ni ulcérées ni en voie d'ulcération. Les autres tumeurs que j'ai vues ou sur lesquelles j'ai eu des renseignements n'étaient pas ulcérées non plus. Dans aucun cas les ganglions lymphatiques n'étaient engorgés. Il n'y avait aucune altération de l'état général, aucune apparence de cachexie; le mal, et un mot, paraissait entièrement local.

Les myéloïdes peuvent-ils récidiver? Je n'en connais pas d'exemple avéré, car on ne peut considérer comme une récidive ce qui s'est passé

chez la malade de l'Hôtel-Dieu. Un médecin avait excisé une partie de la tumeur, laissant en place toute la partie qui s'enfonçait dans le maxillaire; mais on ne peut employer le mot récidive que lorsque l'ablation du mal a été complète, ou à peu près complète. Si l'on songe toutefois que la plupart des tumeurs, même celles qui d'ordinaire sont le plus inoffensives, sont susceptibles quelquefois de se reproduire après l'ablation, il est permis de penser que les tumeurs myéloïdes pourront aussi récidiver quelquefois. Quoi qu'il en soit, j'ai tenu à connaître les résultats définitifs de l'opération pratiquée par M. Silbert, d'Aix. Il résulte d'une réponse qu'il m'a adressée tout récemment, qu'aujourd'hui, deux ans et cinq mois après l'opération, il n'y a ni récidive, ni menace de récidive. Les deux fragments de la mâchoire réséquée se sont rapprochés et réunis sur la ligne médiane, mais ils ne se sont pas soudés. Néanmoins, la mastication et toutes les fonctions de la mâchoire sont parfaitement rétablies. Une substance fibreuse très-courte et très-solide unit fortement les deux fragments. Ceux-ci ne présentent aucune tuméfaction, aucune apparence morbide. Il est donc permis d'espérer que la guérison sera définitive.

Permettez-moi en terminant, Messieurs, de vous énumérer les principaux titres scientifiques de M. Silbert. Sa thèse inaugurale, soutenue en 1843, est intitulée *Du naturisme chirurgical*, et prouve que les prédilections de l'auteur étaient déjà à cette époque acquises à la chirurgie. Son *Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel* vous est déjà connu; cet ouvrage, couronné par la Société impériale de médecine de Marseille, vous a été adressé en 1856, et notre collègue, M. Laborie, en a fait l'objet d'un rapport intéressant. M. Silbert a obtenu, à la Société de médecine de Strasbourg, une médaille et le titre de membre correspondant pour son *Mémoire sur l'état puerpéral*. Son travail sur la *Saignée dans la grossesse* a remporté le prix Capuron à l'Académie de médecine. Enfin, le fait qu'il vous a communiqué est digne par son importance de toute votre attention. Vous pouvez d'après cela, Messieurs, pressentir nos conclusions. Votre Commission a l'honneur de vous proposer : 1° de publier dans vos *Bulletins* l'observation de M. Silbert; 2° d'inscrire très-honorablement le nom de ce chirurgien sur la liste des candidats aux places de correspondants nationaux qui sont actuellement vacantes.

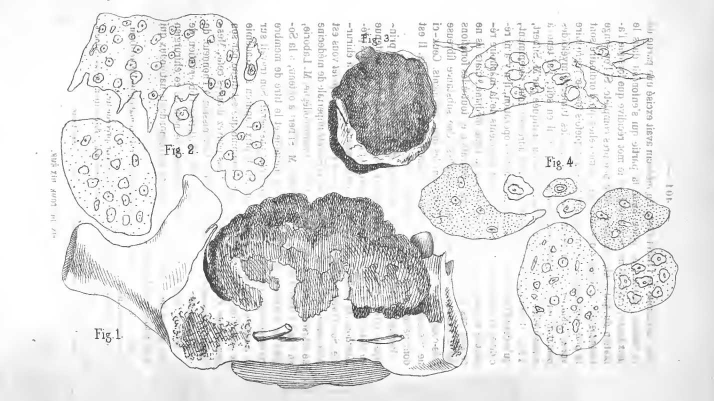
Fig. 1. Tumeur myéloïde du maxillaire inférieur de la malade de l'Hôtel-Dieu. Coupe longitudinale.

Fig. 2. Plaques à noyaux multiples de la tumeur précédente.

Fig. 3. Tumeur myéloïde du maxillaire inférieur; observation de M. Silbert. Coupe antéro-postérieure.

Fig. 4. Éléments microscopiques de la tumeur précédente.

FIN DU TOME DIXIÈME.


Fig. 2.
Fig. 3
Fig. 4
Fig. 1.


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
HIPPOCRATE